SE VENDE SANIDAD PÚBLICA

TODO LO QUE DEBERÍAS SABER SOBRE LA PRIVATIZACIÓN, PERO NADIE QUIERE CONTARTE

JUAN ANTONIO GÓMEZ LIÉBANA
(COORD.)

CATARATA

SE VENDE SANIDAD PÚBLICA

TODO LO QUE DEBERÍAS SABER SOBRE LA PRIVATIZACIÓN, PERO NADIE QUIERE CONTARTE

JUAN ANTONIO GÓMEZ LIÉBANA
(COORD.)

CATARATA

Índice

PRÓLOGO, por Carlos Taibo

CAPÍTULO 1. DE SALID. SANIDAD Y DETERMINANTES. Juan Antonio Gómez Liebana

CAPÍTULO 2. MADRID: LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD GOZA DE BUENA SALUD (POR DESGRACIA). Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad Madrid

CAPÍTULO 3. CATALUNYA EN PROCESO DE DESPRIVATIZACIÓN. Ramón Serna i Ros

CAPÍTULO 4. REBELIÓN BELLVITGE: ACCIÓN DIRECTA CONTRA EL CIERRE DE PLANTAS Y CAMAS. Colectivo Rebelión Bellvitge

CAPÍTULO 5. ANDALUCIA. GESTIÓN CLÍNICA: ESE OSCURO OBJETO DE DESEO. Colectivo Amparo Poch

CAPÍTULO 6. FRANCIA: LA LUCHA DE LA COORDINADORA NACIONAL EN DEFENSA DE LOS HOSPITALES Y MATERNIDADES DE PROXIMIDAD. Michel Antony y Patrick Tourmadre (CNDHMP)

CAPÍTULO 7. EL PROCESO DE LA AUTOORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN PETRALONA (ATENAS). PIPKA: UNA EXPERIENCIA DE CREACIÓN DE UN ESPACIO DE SALUD AUTOGESTIONADO. Espacio Social para la Salud de la Asamblea del barrio de Petralona

CAPÍTULO 8.GRECIA 2010-2015: CRISIS ECONÓMICA Y SALUD. Evaggelia Bogosian

CAPÍTULO 9. EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN GRACIA EN LOS AÑOS DE CRISIS ECONÓMICA. Consultorio Social Solidario de Salónica

CAPÍTULO 10. LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN GRECIA. Consultorio Social Solidario de Salónica

NOTAS

JUAN ANTONIO GÓMEZ LIÉBANA

Forma parte de la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad (www.casmadrid.org), que fue constituida en 2004 por usuarios y trabajadores del sistema sanitario, así como por organizaciones no subvencionadas (Plataforma Sindical EMT, Solidaridad Obrera, CNT Gráficas, CNT Villaverde, CNT Aranjuez, Sindicato Asambleario de Sanidad). Su objetivo es aunar esfuerzos y organizarse para luchar por un sistema sanitario de calidad, que atienda a todas las personas sin exclusiones, dotado de mecanismos de gestión democrática por parte de trabajadores y población, y en el que la actuación sobre los determinantes socioeconómicos y medioambientales de la enfermedad sean prioritarios. En estos años, en los que en todo el Estado (gobierne quien gobierne) han avanzado el deterioro y la privatización de las partes rentables del sistema sanitario, compañeros y compañeras de los diferentes territorios se han ido incorporando a la lucha.

Juan Antonio Gómez Liébana (coord.)

Se vende sanidad pública

TODO LO QUE DEBERÍAS SABER SOBRE LA PRIVATIZACIÓN, PERO NADIE QUIERE CONTARTE

CATARATA

COLECCIÓN INVESTIGACIÓN Y DEBATE

PRIMERA EDICIÓN: FEBRERO 2017

SEGUNDA EDICIÓN: MAYO 2017

© JUAN ANTONIO GÓMEZ LIÉBANA (COORD.), CARLOS TAIBO, COORDINADORA ANTIPRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD MADRID, RAMON SERNA I ROS, COLECTIVO REBELIÓN BELLVITGE, COLECTIVO AMPARO POCH, MICHEL ANTONY Y PATRICK TOURNADRE (CNDHMP), ESPACIO SOCIAL PARA LA SALUD DE LA ASAMBLEA DEL BARRIO DE PETRALONA, EVAGGELIA BOGOSIAN Y CONSULTORIO SOCIAL SOLIDARIO DE SALÓNICA, 2017

© LOS LIBROS DE LA CATARATA, 2017
FUENCARRAL, 70
28004 MADRID
TEL. 91 532 20 77
FAX. 91 532 43 34
WWW.CATARATA.ORG

SE VENDE SANIDAD PÚBLICA.
TODO LO QUE DEBERÍAS SABER SOBRE LA PRIVATIZACIÓN,
PERO NADIE QUIERE CONTARTE

ISBNE: 978-84-1352-878-6
ISBN: 978-84-9097-276-2
DEPÓSITO LEGAL: M-4.278-2017
IBIC: MB

ESTE LIBRO HA SIDO EDITADO PARA SER DISTRIBUIDO. LA INTENCIÓN DE LOS EDITORES ES QUE SEA UTILIZADO LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE, QUE SEAN ADQUIRIDOS ORIGINALES PARA PERMITIR LA EDICIÓN DE OTROS NUEVOS Y QUE, DE REPRODUCIR PARTES, SE HAGA CONSTAR EL TÍTULO Y LA AUTORÍA.

PRÓLOGO

Miguel Esteves Cardoso afirma que, cuando le preguntan a un portugués de qué suele hablar en casa, o con los amigos, lo común es que responda que habla de sexo, de fútbol y de política. El propio Esteves Cardoso apostilla que no es verdad: los portugueses de lo que gustan de hablar es de comida y… de enfermedades. No parece, por lo demás, que el escenario sea diferente del otro lado de la frontera. Rescato esta *boutade* para subrayar que, las cosas como fueren, las enfermedades, la medicina y los hospitales están en el centro de muchas de nuestras conversaciones y preocupaciones. Tanto que configuran una especie de microcosmos en el que se revelan muchos de los elementos caracterizadores de la sociedad en la que vivimos.

Por ese mundo, y más aún por su trastienda, se interesan los artículos incluidos en este libro, que permite levantar un muy sugerente, y crítico, balance de lo que ocurre con los sistemas sanitarios entre nosotros y en algunos de los países de nuestro entorno. Por él, y como el lector pronto podrá apreciarlo, pasan materias tan cruciales como las vinculadas con las privatizaciones, la mercantilización, la sobremedicación o las tecnologías médicas, pero pasan también discusiones que apenas abordamos, como es el caso de las relativas a lo que sucede en el medio urbano y en el medio rural, a la urgente necesidad de una ambiciosa descentralización, a la lucha contra la desigualdad en la sanidad, al relieve de la medicina escolar, a las demandas vinculadas con los centros para personas discapacitadas, al peso ingente de la corrupción, de la ineficiencia en el uso de recursos y de la

masificación, o, en fin, a la dramática falta de transparencia que marca tantas realidades.

Va a permitir el lector que procure aislar cuatro materias importantes que son objeto de atención constante en estos textos. La primera la configura, cómo no, la tensión entre lo público y lo privado, al amparo de un sinfín de fórmulas, cada vez más alambicadas, de privatización y de una general mercantilización. La discusión correspondiente adquiere tintes singulares —no lo olvidemos— en un escenario marcado por la crisis. Al calor de esta última hemos tenido la oportunidad de palpar los efectos de una combinación entre privatización y reducciones presupuestarias en un momento de demanda mayor de servicios. La lista de problemas resultantes es muy larga. Rescatemos entre ellos la precarización de los profesionales, los coqueteos con lo que se ha dado en llamar *copago*, la exclusión de muchas personas, la multiplicación de los problemas vinculados con las listas de espera, la saturación de los servicios de urgencias y la derivación de pacientes a hospitales privados, en un marco de deterioro general de los servicios de salud. Las consecuencias, dramáticas, son bien perceptibles en materia de incrementos en la mortalidad y en la presencia de determinadas enfermedades, de desnutrición, de suicidios o de abandono de los ancianos.

Con semejantes antecedentes en la mano sobran las razones para enfrentarse, antes que nada en virtud de un argumento de equidad, a las privatizaciones. Claro es que por momentos se hace evidente que no basta con ello: hay que reclamar, también, la autogestión y la descentralización de la sanidad pública, y ello sin descartar en modo alguno las posibilidades que ofrecen esos centros libres que, asentados en el apoyo mutuo y la solidaridad, han ido apareciendo en países como Grecia. En la propuesta que me ocupa tiene que hacerse valer, también, un orgulloso rechazo de esas políticas oficiales que dicen responder a operaciones de racional y tecnocrática reestructuración. Al tiempo que hay que tomar nota, en suma, de las muy hábiles estrategias desplegadas por nuestros gobernantes, entre las que se cuenta, por cierto, un sinfín de estratagemas que impiden, o al menos dificultan, una eventual recuperación, por la sanidad pública, de unos u otros servicios.

Creo, en segundo lugar, que en este libro es fácil adivinar una crítica,

ineludible, de lo que suponen, en el terreno de la sanidad como en tantos otros, los idolatrados Estados de bienestar. Me limitaré en este caso a enunciar la batería de argumentos que al respecto suelo utilizar. Los Estados de bienestar, por lo pronto, son fórmulas de organización económica y social propias, y exclusivas, del capitalismo, por completo desconocidas lejos de este. Dificultan hasta extremos inimaginables el despliegue de prácticas de autogestión desde abajo. Beben de la filosofía mortecina de la socialdemocracia y del sindicalismo de pacto. No han liberado, como anunciaban, a tantas mujeres que son hoy víctimas de una doble o de una triple explotación. No tienen ninguna condición ecológica solvente, tanto más cuanto que la figura "Estado de bienestar" vio la luz en un momento, la era del petróleo barato, que visiblemente ha quedado atrás. No muestran, en fin, ninguna vocación solidaria con tantos de los habitantes de los países del Sur, víctimas de atávicas explotaciones, marginaciones y exclusiones. Los anteriores son motivos suficientes —parece— para recelar de cualquier planteamiento que no vaya más lejos de una demanda de reconstrucción de los maltrechos Estados de bienestar —la expresión se antoja, en los hechos, más bien contradictoria— que arrastramos. Y se antojan razones solventes para recuperar una perspectiva, la de la autogestión, que permita, por añadidura, y en un escenario de colapso sistémico más que probable, tomarse en serio el medio y el largo plazo.

Pero en esta obra, en tercer lugar, se habla también, y con palabras claras, de las miserias que rodean —en lo que respecta, por ejemplo, a las privatizaciones— a la izquierda que vive en las instituciones. Si en muchos casos esa izquierda ha sido responsable directa de las privatizaciones mencionadas, en otros ha aportado respuestas insuficientes, a la defensiva y sin proyectos reales de cambio, ante lo que acarreaban. Sus vínculos con los intereses privados y con la lógica mercantilizadora han sido en muchos momentos evidentes. A duras penas sorprenderá que en semejante escenario no hayan faltado movimientos de presunta contestación que han aportado respuestas con objetivos desesperantemente limitados. Cierto es que en esta obra se habla con frecuencia, también, de respuestas más radicales, menos cortoplacistas y más conscientes de la trama general. Ese modelo lo ilustran —ya me he referido a ello— las redes de solidaridad y trabajo voluntario que

han aparecido en algunos lugares, con el ejemplo más granado en los consultorios médicos y en las farmacias solidarias que han ido emergiendo en Grecia al amparo de colectivos autoorganizados y autogestionados, siempre, y llamativamente, al margen del Estado y de sus redes.

No quiero olvidar, en modo alguno, una cuarta dimensión que acompaña, con fortuna, a estos trabajos. Me refiero a la percepción de que estamos obligados a cuestionar muchos de los criterios de valoración vinculados con el sistema sanitario. Debemos alimentar, por ejemplo, la certeza de que un mayor gasto no necesariamente se traduce, en un escenario de despilfarro, de sobremedicación y de empleo abusivo de las tecnologías, en mejoras en la salud general. En línea con los escritos de Ivan Illich, tenemos que subrayar, en paralelo, el relieve de la prevención, de la búsqueda de las causas generales y sociales de las enfermedades, de la necesidad de contestar la abusiva individualización del tratamiento de estas o de la exigencia de reivindicar la salud social y, en su caso, la no intervención, todo ello frente a la primacía rotunda de la medicalización, del sobrediagnóstico y de las prácticas iatrogénicas, con los intereses de la industria farmacéutica en la trastienda. A buen seguro que una de las discusiones vitales al respecto es la relativa a las tecnologías médicas y sus prestaciones, como lo es la que nace de la conveniencia de albergar dudas en lo que atañe a la cientificidad de muchas prácticas desplegadas por una medicina de cuya neutralidad ética conviene dudar.

Creo yo, y acabo, que merced a informaciones precisas y argumentos sugerentes, este libro no quiere cobrar cuerpo, con todo, como un mero ejercicio encaminado a ampliar nuestros conocimientos: desea ser, por encima de todo, y antes bien, una llamada a la movilización. Que lo sea efectivamente queda en manos del lector.

Carlos Taibo

Septiembre de 2016

CAPÍTULO 1

DE SALUD, SANIDAD Y DETERMINANTES

JUAN ANTONIO GÓMEZ LIÉBANA

LA EVOLUCIÓN DEL MODELO MÉDICO

La salud de la población en el siglo XVIII comienza a ser considerada como un elemento importante y necesario, tanto para garantizar el incipiente desarrollo económico como para el mantenimiento de estructuras del propio Estado (por ejemplo, el ejército). Dicho proceso se acelera en el siglo XIX debido a la Revolución Industrial. Era preciso incrementar la productividad laboral[1] y reducir el absentismo ("san lunes"). En aquel momento, se actuaba sobre las enfermedades transmisibles con el objetivo de proteger a la burguesía, debido a los efectos nocivos derivados del proceso de urbanización industrial. Estos se derivaban de la combinación de nefastas condiciones higiénicas y de infravivienda, y del incremento de la población urbana por la migración desde las zonas rurales. Para cubrir estas necesidades surgieron desde modelos sanitarios propiciados por el Estado[2] hasta sociedades de socorros mutuos[3] de base gremial que garantizaban cierta cobertura sanitaria y de pensiones.

A partir del siglo XIX descienden las tasas de mortalidad[4] y se incrementa la esperanza de vida como resultado de varios factores: las modificaciones de

los sistemas de salubridad colectiva, el abaratamiento de elementos de limpieza[5], el incremento del nivel de vida, junto con una mejor alimentación y la reducción del hacinamiento habitacional (Dubos, 1959). Todo ello, producto en parte de las luchas obreras, ya que la extensión de la atención médica no se generalizó hasta la finalización de la Segunda Guerra Mundial, cuando se comienzan a crear sistemas sanitarios financiados por el Estado[6]. Esto respondía a diversas finalidades: garantizar las necesidades de mantenimiento de las fuerzas productivas; tratamiento del gran número de heridos de guerra y mutilados; freno de reclamaciones obreras y tranquilizante social; económica-mercantil; estabilización laboral y cesión de recursos instrumentales y poder al sector profesional médico…, todas ellas legitimadoras de la clase dominante.

Estos sistemas sanitarios fueron resultado del pacto alcanzado tras la Segunda Guerra Mundial entre el capital y los sectores obreros dominantes. Con él se desarrollaron, en buena parte de estos países, sistemas de protección social más amplios que conformaron los llamados "Estados de bienestar"[7](Graeber, 2012).

Este tipo de sistemas sanitarios podrían clasificarse dentro de lo que ha sido definido como Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 2005). Aunque todas las clases sociales lo reconocen como el medio más eficaz de cura y control de algunas enfermedades, sobre todo en las fases agudas, está basado en un reduccionismo biologicista. Considera la enfermedad como un problema individual, basado en signos y diagnósticos biológicos, que separa al enfermo de su entorno y de sus relaciones sociales, y excluye por tanto lo político y lo social de las causas de la enfermedad. Se trabaja centrándose en esta, y obviando la salud, bajo la máxima "el problema no está en el sistema social, sino en el individuo". Los descubrimientos de la microbiología a finales del siglo XIX generaron una fe ciega en el medicamento, relegando la tradición higienista que consideraba, ya en aquella época, las causas ambientales como las fundamentales. Se produjo un proceso de enmascaramiento de las causas que minan la salud de la sociedad, a las que el MMH había contribuido (Rodríguez, 2008), así como un paulatino proceso de mercantilización y de penetración del complejo médico-industrial (integrado por la industrias tecnológica, farmacéutica, las asociaciones y

colegios médicos, etc.).

De esta forma, "la incorporación de lo social solo puede darse dentro de ciertos límites. Más allá de estos, se pone de manifiesto la concepción y producción sectorial y estratificada de la sociedad, así como la causalidad social tanto de los padecimientos como de la atención médica" (Menéndez, 1992). En definitiva, la salud social cae en la irrelevancia, y como contrapartida se potencia la individualización de la enfermedad y la concepción de la enfermedad como castigo por no llevar una vida saludable. Se desplazan los determinantes políticos, sociales y medioambientales de las preocupaciones personales. En la misma línea, se margina la medicina del trabajo, la prevención y la orientación social, ya que el MMH las neutraliza y solo las utiliza circunstancialmente cuando interesa (Weinstein, 1977).

Apenas tres décadas después, las primeras críticas sobre la deriva de estos sistemas sanitarios comenzaron a aflorar. Illich alertaba de la medicalización y la expropiación de la salud que producían (Illich, 1975). Foucault advertía de que el avance tecnológico y la instauración de los sistemas no habían conducido a un mejor bienestar sanitario; de que el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardaban relación directa, de la conversión de los médicos en meros intermediarios entre la farmacia y el cliente, y ya se preguntaba si estábamos a tiempo de "reconstituir o modificar el modelo de desarrollo médico de Europa"[8]. Skrabanek, por su parte, aseguraba que la transición de la medicina de una profesión a un negocio controlado por el complejo médico-industrial ocurrió entre los años 1960-1970 (Skrabanek, 1999). Advertía de la extensión de la atención de la salud a los sanos (medicina "anticipatoria" frente a medicina preventiva) como un elemento planificado por el complejo tecnológico sanitario, apoyándose en parte en la definición inalcanzable de la salud elaborada por la OMS, lo que el autor identificó como "lo más parecido a un orgasmo".

Desde el otro lado del Atlántico, Zola ponía énfasis en que el objetivo real de la falsa medicina preventiva no era realmente actuar contra los verdaderos determinantes político-sociales de la enfermedad, sino que era la conquista del poder (Zola, 1972) o incluso perpetuar el sufrimiento y la dependencia de los pacientes como medio de reafirmación profesional[9]. Otros, como Berlinguer, advertían de que las reformas que habían dado lugar a los SNS se

enmarcaban en proyectos de reconciliación de los trabajadores con el orden establecido, que llegaron a renunciar a modificar los factores que inciden sobre la enfermedad (Berlinguer, 1975).

A lo largo de este proceso el ejercicio de la medicina también sufrió transformaciones, pasando de ser una profesión liberal a asalariada. Su situación actual va camino de un modelo de médicos gestores, profesionales autónomos o semiautónomos, al implicarse en instrumentos como la gestión clínica (que liga las retribuciones a las restricciones de las decisiones clínicas caras), al tiempo que han sido despojados de una parte muy importante de su poder en favor de la industria, como ha ocurrido en lo relativo a la decisión de definir lo que es o no enfermedad.

MERCANTILIZACIÓN DE LA MEDICINA

La mercantilización de la medicina es el proceso por el cual bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades sanitarias se transforman en mercancías comerciables con fines de lucro. Prevalece el valor de cambio sobre su valor de uso, y el "crecimiento" y la rentabilidad económicos sobre los resultados de salud de la colectividad.

Cuando el ánimo de lucro sustituye a las necesidades de atención de la población como objetivo prioritario del sistema, este pasa a ser un engranaje más del modelo económico imperante. Como señala acertadamente Skrabanek (1992), "el consumismo se apoderó de nuestra sociedad [...] y hasta la salud pública y la medicina preventiva se han impregnado de la lógica del mercado y del beneficio. En la actualidad, tanto la salud como la enfermedad se consideran valores de mercado por los que hay que pagar un precio, y los servicios sanitarios han adoptado actitudes mercantilistas bendecidas por la retórica de la eficiencia: 'salud pública es riqueza pública' o 'al estado le cuestan menos las campañas de prevención que cuidar de las personas enfermas'". Y como señala el autor, no sería descabellado pensar que la última finalidad de este planteamiento, en lugar de promover el sentido de la responsabilidad comunitaria, es la de disminuir el impacto económico de los problemas individuales en la comunidad.

Pero este proceso de mercantilización de la medicina, en marcha desde

hace décadas, es inseparable del cientificismo médico, la progresiva medicalización, el hiperconsumo de todo tipo de técnicas y productos, y la supeditación de los sistemas sanitarios al complejo médico industrial.

CIENTIFICISMO MÉDICO

La medicina no es una ciencia exacta, incluso una parte significativa de sus acciones no han tenido base alguna científica. Desde las recomendaciones pediátricas de dormir boca abajo a los bebés[10] hasta las de fumar tabaco[11]. O la realización de lobotomías con un picahielos[12], la prescripción de talidomida a embarazadas[13], el tratamiento de la homosexualidad como una enfermedad[14], las restricciones en materia de sexo por ser considerado malo para la salud[15], los "asombrosos consejos" a los que miles de mujeres fueron sometidas bajo la coartada de la "ciencia" (Ehrenreich y English, 2010)[16], hasta los más recientes escándalos farmacéuticos que han costado miles de vidas[17].

En nuestros días, y ya desde hace dos décadas, la denominada "medicina basada en pruebas" (*evidence-based medicine*, EBM) se ha erigido como el paradigma central en investigación clínica. Es la objetividad científica única, una suerte de monoteísmo médico, que se aplica para evaluar pruebas diagnósticas, pronosticar enfermedades y para medir supuestamente la eficacia de los tratamientos. Las herramientas utilizadas son los ensayos clínicos randomizados y los metaanálisis. El punto de partida arranca de la afirmación de que las matemáticas son la forma más elevada de ciencia, y que lo "matemáticamente demostrable" es superior a cualquier otra aproximación al objeto de estudio. Es decir, el probabilismo estadístico como verdad absoluta y la relegación del análisis cualitativo entre otros.

Sin embargo, esta supuesta objetividad del MBE no ha estado exenta de críticas. De entrada, la financiación de los ensayos clínicos implica para un medicamento pasar las fases I, II y III (con un promedio de gasto de 804 millones de dólares), lo que excluye todos los posibles competidores que no cuenten con ese aporte financiero para ser "probado", pasando por el diseño de los estudios y el propio análisis de los datos en los que se basan las conclusiones, y que está en manos de la industria, no de los investigadores

que participan en ellos (Berguer y Berguer, 2003: 273-279). También las decisiones de qué pruebas y qué tratamientos serán comparados y las medidas utilizadas para establecer o no la eficacia. Todo esto hace que la mayor parte de las veces los ensayos clínicos sean situaciones ideales e inhabituales que no se parecen en nada a la realidad cotidiana que conforman los pacientes.

Pero ya desde los años ochenta se nos advirtió de que no es posible averiguar con total seguridad el efecto "real" de los tratamientos a partir de los resultados de los ensayos clínicos. Esto se debe a que existe una interacción entre el efecto placebo y los efectos específicos del fármaco en cuestión. Por eso, es muy posible que nos encontremos con que estudios a doble ciego de un mismo tratamiento proporcionen resultados distintos, unas veces beneficiosos, otras perjudiciales y a veces nulos (Lindahl y Lindwall, 1982: 255-259). Los efectos "reales" de los fármacos se entremezclan con las expectativas que acompañan a la mayor parte de los estudios, lo cual ya pone en entredicho el carácter científico de algunas afirmaciones basadas en este tipo de estudios.

Si a todo esto unimos la ocultación de los aspectos negativos, la manipulación de los datos, la inclusión en los ensayos de los pacientes favorables excluyendo los complejos —entre ellos crónicos y ancianos polimedicados—, la no publicación de los estudios con resultados negativos para sus intereses, la presentación de pequeñas diferencias como resultados estadísticamente significativos, la manipulación de dosis de medicamentos, el tamaño y la duración de los ensayos clínicos —demasiado cortos o demasiado largos—, la infravaloración de los daños y la sobreestimación de los posibles beneficios… llegaremos a la conclusión, como no podía ser de otra forma, de la existencia de una correlación directa entre la fuente de financiación y el resultado favorable al producto fabricado por el financiador (Berguer y Berguer, 2003). Por otra parte, el incremento imparable del poder de la industria farmacéutica ha provocado, desde los años ochenta, una desregulación continuada de los ensayos clínicos, hasta el punto de aprobar la salida al mercado de fármacos potencialmente peligrosos, "exigiendo" a las farmacéuticas la realización de estudios fase IV (para confirmar o desmentir los problemas detectados) 10 años después de comenzar a consumirse, y la

relajación de las condiciones de autorización de medicamentos, que ha dejado aún más indefensos a los pacientes y a los propios médicos (Erviti López *et al.*, 2016: 554–557).

Por todo ello, entenderemos fundadas las críticas a la actual utilización de la EBM como un instrumento al servicio de los intereses de la industria farmacéutica, esencial en el proceso de sobrediagnóstico y sobretratamiento actuales.

Por tanto, no parece que la actual EBM se haya convertido en un instrumento capaz de determinar con seguridad lo que es útil o dañino y lo que no lo es. Esto ha provocado la difusión masiva y la utilización de fármacos, tecnologías u otras intervenciones médicas inútiles (en el mejor de los casos) o peligrosas (en el peor) sobre todo tipo de pacientes. Y ha llegado a tal punto que, cuando se han descubierto evidencias suficientes que demuestran su inutilidad y, que por tanto, esas falsas innovaciones (porque posiblemente las más antiguas eran mejores) nunca deberían haber sido recomendadas y utilizadas, la inercia médica hace que aún se sigan utilizando e indicando durante una media de 10 años más. Así, cerca del 40% de las recomendaciones que habitualmente se realizan acaban por ser desechadas a largo plazo[18], tardándose hasta 10 años en ser abandonadas en la práctica clínica diaria, como se ha confirmado con un estudio sobre 142 "revocaciones médicas"[19] (Prasad y Cifu, 2015).

Si nos fijamos en la epidemiologia, nos encontramos con que los "riesgos de enfermar" son tomados como verdades irrefutables, cuando pueden no serlo. Skrabanek nos habla del "sofisma del riesgo" que tiene su origen en la incapacidad para distinguir entre los riesgos absoluto y relativo. Aunque el riesgo relativo constituye un importante índice de la fuerza de una asociación entre un supuesto marcador de riesgo y una enfermedad, no tiene nada que ver con la probabilidad de que un individuo vaya a padecer dicha enfermedad. Según un estudio realizado en 11 países, las mujeres que habían tomado anticonceptivos orales durante 2-5 años presentaban un riesgo relativo de cáncer del cuello uterino de 1,5 si se las comparaba con las que no los habían tomado. Analizando los datos en términos de esperanza de vida se halló que la diferencia entre las mujeres que tomaban anticonceptivos y las que no los tomaban (producida por el aumento de riesgo de cáncer del

cuello uterino en las primeras) era de 11 días para las pacientes de 20-24 años y de 7 días para las de 30-34 años (Fortney, Potts y Bonhomme, 1985: 1587).

Esta nueva vía de establecimiento de verdades médicas incuestionables ha producido el monstruo de la existencia de miles de guías de práctica clínica entre las que los médicos tratan de circular sin perderse. Esto no podría provocar más cuadro que el de la enorme variabilidad en la práctica médica, incluso en función del país en el que se ejerza. Hasta tal punto que algunos autores han afirmado que solo el 15 por ciento de las intervenciones clínicas contemporáneas son apoyadas por evidencia científica objetiva (Payer, 1988). Otros autores han cuestionado gran parte de los resultados de la investigación médica actual, hasta plantear que entre un tercio y un medio de las investigaciones podrían ser poco fiables (Ioannidis, 2005). O que entre un gran número de estos estudios, solo del 10- 25% de ellos podrían ser reproducidos por otros investigadores[20].

Por tanto, sobre el desarrollo de la medicina en las últimas décadas, muchos de los autores más críticos nos hablan y muestran ejemplos de razonamientos erróneos, argumentos falaces, falsa lógica, prejuicios y autoengaño, presentación selectiva de datos, sesgo personal ignorado… como "formas de oscurecer, torcer o alterar la verdad" muchas veces sin intención de hacer daño. Sin embargo, ya plantean de forma tajante la información errónea deliberada y los engaños y fraudes que de vez en cuando aparecen en la literatura científica, lo que se ha venido en llamar "pornografía científica" (McCormick y Skrabanek, 1988: 839-841).

Defender por tanto una supuesta neutralidad ética e ideológica de la medicina es muy arriesgado. El MMH es un aparato de poder-saber, con un esquema de saberes al servicio del poder que se han presentado como verdades incuestionables. Todos los procesos cognitivos están politizados, aparte de que nuestro conocimiento del mundo no deja de ser fragmentario, o como advertía Popper: "La ciencia no ofrece un conocimiento seguro […] es necesario mantener la teoría abierta". La ciencia no es más que otra forma de reflexión sobre la realidad, y no es necesariamente la mejor. Feyerabend por su parte nos recordó que la ciencia, los mitos y la magia tienen más en común de lo que la ciencia moderna quiere aceptar (Feyerabend, 1999). Es

indudable que la ciencia tuvo una función claramente liberadora en la historia del pensamiento (entre otras cosas, de los tabúes y limitaciones religiosas), pero en la actualidad se ha convertido en parte del *statu quo* y en ocasiones se ha vuelto tan opresiva como lo fue la iglesia en su tiempo.

MEDICALIZACIÓN[21] DE LA VIDA Y DE LA SOCIEDAD

> La medicina ha avanzado tanto que ya nadie está sano.
> Aldous Huxley

Hasta los años 1950-1960 una parte muy importante de los cuidados sanitarios de las propias familias se practicaba con bastante competencia dentro de ellas[22]. El rol de cuidador recaía generalmente en madres y abuelas. Con el despliegue de la sociedad de consumo en la década de 1970 y la mejora del acceso a los servicios sanitarios, se inició el proceso de sobreutilización de estos, desde consultas médicas a pruebas diagnósticas[23]. Y todo ello en paralelo a la desposesión de los saberes tradicionales, a la progresiva desaparición de la "medicina doméstica" en los países ricos (aunque aún su práctica es relevante en los países en los que la "modernización capitalista" no ha penetrado en todos los sectores sociales")[24], con la consiguiente pérdida de autonomía. Surgen los expertos y se medicalizan las fases de la vida. Esto es así, hasta el punto de que, hacia finales de los sesenta, uno de cada dos ciudadanos de los países occidentales ya era "caso activo simultáneamente en más de tres instituciones terapéuticas (Illich, 1981: 21).

La medicina ha ocupado espacios sociales que no le corresponden: los problemas laborales, sociales, escolares, familiares y relacionales han pasado a ser de su competencia. Ya no son abordados desde los espacios donde se generan[25], sin que por ahora se vean límites a esta expansión medicalizadora[26]. Ilich ya advertía que "en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante" (Illich, 1999). La medicalización, lejos de estancarse, se incrementa peligrosamente a medida que el nivel de renta de una sociedad aumenta, de forma que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos[27],

aunque también es perceptible la contradicción de la existencia de una cierta tendencia a "desmedicalizar" a pacientes complicados, de etnias minoritarias o a ancianos de clase baja.

Este proceso ha sido planificado desde el complejo médico-industrial, a través de una estrategia dirigida a describir exhaustivamente una problemática social y categorizarla como síntoma de riesgo y/o enfermedad. Se genera entonces una necesidad, y se propone un remedio o tratamiento. Gestores sanitarios, políticos y profesionales aceptan acríticamente las propuestas y participan en el engranaje bajo la fascinación de las nuevas tecnologías y la promesa de cura de las nuevas "enfermedades". Los "medios de comunicación" amplifican hasta el paroxismo las posibilidades reales de actuación de la medicina, entre una sociedad basada en el consumo (en gran parte de productos innecesarios), el hedonismo y el individualismo. Una sociedad en la que crece el rechazo a la enfermedad, a la muerte, al dolor y al sufrimiento, que no se asumen como partes inevitables de la vida. Las leyes del mercado hacen el resto, de forma que la industria farmacéutica (surgida de las potentes corporaciones de la industria química y del petróleo) ya es, junto con la armamentística, la petroquímica y la del automóvil, una de las que más beneficios permiten acumular al capital. Así ha llegado a jugar con márgenes estratosféricos de hasta el 33.000 por ciento en medicamentos de uso muy común[28]. O más recientemente, imponiendo precios escandalosos, con la connivencia de los gobiernos, como ha ocurrido en el caso de la hepatitis C[29].

En el campo de la salud mental podríamos detenernos en la inflación de enfermedades producida en las últimas décadas gracias al control ejercido por la psiquiatría norteamericana. Al imponer el DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) ha provocado que entre 1952 y 1994 se haya incrementado el número de desórdenes mentales en 251 (de 106 a 357 en 42 años), hasta el punto de que, con la cuarta clasificación, cerca de uno de cada cuatro norteamericanos (70 millones) podrían estar categorizados anualmente como enfermos mentales.

Respecto a las enfermedades metabólicas, la creación de la categoría de "prediabetes" dio lugar a la aberración de que 67 millones de norteamericanos fueran catalogados así. Esto, unido a los 27 millones que ya

habían sido diagnosticados anteriormente como diabéticos, permitió que casi un tercio de los norteamericanos fuera candidato para recibir tratamiento farmacológico[30].

De forma similar, la modificación del umbral diagnóstico 140/90 para la hipertensión arterial, en 1993, convirtió de golpe a 13 millones de norteamericanos en hipertensos susceptibles de recibir tratamiento farmacológico de por vida, lo que se recomendó, como no podía ser de otra forma, en 1997[31]. Posteriormente, en 2012, una revisión mostró que no hubo "evidencia científica" para tratar a los "hipertensos leves" por debajo de 160/100, ya que no se encontraron diferencias entre los individuos tratados y los no tratados en cuanto a ataques al corazón, accidentes cerebrovasculares y muerte[32]. Pero los criterios no han sido modificados para mayor beneficio de "farmafia".

El otro gran nicho de mercado de las enfermedades crónicas, el colesterol, tuvo una génesis similar. En la Conferencia de Consenso del NIH (National Institutes of Health) sobre reducción del colesterol, se establecieron una serie de recomendaciones dietéticas para todos los familiares para prevenir la cardiopatía isquémica coronaria. Recomendaciones que ante la inexistencia de "evidencia científica" que presentar, fueron reemplazadas por el "consenso de los expertos (Office of Medical Applications of Rechearch, 1985). Poco después, la OMS se apuntó a la cruzada recomendando a los gobiernos que "recluten especialistas en manipulación del comportamiento capaces de determinar la forma más adecuada para potenciar la actuación comunitaria" (Skrabanek, 1999: 75-76).

En 1980 se descubrieron las estatinas, indicadas para reducir un supuesto "colesterol malo" (LDL). En 1985 el nivel "normal" de colesterol era de 3 gr/litro, niveles que se fueron reduciendo paulatinamente hasta la actualidad en que ya está por debajo de 2 gr/litro, lo que provocó un incremento brutal del número de personas que deberían de tomar estatinas.

Más tarde, en 2001, las recomendaciones sobre el colesterol triplicaron el número de estadounidenses que debían de tomar estatinas, pasando de 13 a 26 millones de personas, aunque la mayoría de esos 23 millones de personas no tenían enfermedades cardiacas. Hoy sabemos que esa revisión fue realizada por un grupo de 14 "expertos", de los que 9 tenían intereses

económicos en la industria farmacéutica. De esta forma, en la década de 2000 las estatinas pasaron a ser el medicamento más prescrito en Estados Unidos, facilitado también por la eliminación de la receta para su consumo y la publicidad en todos los medios.

En 2004 estalló el escándalo del Vioxx (Merck), y sus aproximadamente 140.000 muertes solo en Estados Unidos, lo que sirvió para destapar el fraude científico imperante y permitió imponer normas más estrictas a los ensayos clínicos. De esta terrible forma, y con tan alto precio en vidas humanas, a partir de mediados de 2000 quien quiso pudo conocer que los investigadores y las farmacéuticas habían mentido. Desde entonces los resultados de los ensayos clínicos con estatinas fueron negativos, por lo que ya no se puede alegar evidencia científica de beneficios. Sin embargo, ni las razonables dudas sobre los primeros ensayos ni que no se pudieran reproducir los resultados positivos de los estudios previos consiguieron frenar la obsesión anticolesterol, introducida concienzudamente en el imaginario social para mayor gloria de la industria farmacéutica[33].

A día de hoy, otros estudios, no financiados por la industria, demuestran que el fabuloso incremento del consumo de estatinas no se ha visto correspondido con una disminución del número de ingresos hospitalarios por infarto, mientras que cada vez más investigadores defienden que el nivel de calcio en las arterias predice mucho mejor los problemas cardíacos que el colesterol. Curiosamente, las estatinas aumentan el *score* cálcico, y se ha demostrado que traspasan la barrera hematoencefálica y son neurotóxicas, pudiendo ser responsables de diversas alteraciones de memoria, alzhéimer, diabetes, etc. Sin embargo, las campañas para su consumo siguen presentes en los grandes medios.

También recientemente se han filtrado informaciones que corroboran que la industria azucarera patrocinó estudios y pagó a científicos para que pasaran por alto la relación entre el azúcar y las afecciones cardiacas, y así se culpara exclusivamente de los infartos a las grasas y el colesterol[34]. Ya teníamos evidencias científicas en los años sesenta (John Yudkin) de que los azúcares refinados que están en los miles de alimentos procesados que consumimos eran y son uno de los principales responsables de las graves enfermedades cardiovasculares (y no solo las epidemias de diabetes y de

obesidad). Sin embargo, hemos esperado 50 años para conocer que los investigadores, convenientemente "incentivados", realizaron obedientemente lo que les pedía la Fundación para la Investigación sobre el Azúcar[35]. Es por ello que hemos alcanzado el consumo de unos 35 kilos de azúcar por persona y año, la mayoría disimulados en alimentos, de los que solo 4 kilos son tomados de forma consciente.

La generación de preenfermedades, las enfermedades fabricadas, junto con el "sobrediagnóstico"[36], tienen por tanto más que ver con las cuentas de resultados de las multinacionales del complejo médico-industrial que con la ciencia (Blech, 2005). Su máxima es "no hay salud fuera de la prescripción".

Puestos a cuestionar, avisaba Thomas Szasz, deberíamos preguntarnos por qué la anorgasmia es una enfermedad, pero la incapacidad de llorar no lo es, o por qué la adicción a las drogas sí lo es, pero la adicción al dinero o al poder no lo son (Skrabanek, 1999: 114). O incluso que los factores de riesgo tengan una relación directa con las causas de las enfermedades, ya que, como Skrabanek recuerda, la homosexualidad es un factor de riesgo del SIDA (pero no es la causa del SIDA); tener carnet de conducir es un factor de riesgo para sufrir un accidente, y saber nadar para morir ahogado, es decir, una cosa es conocer los factores de riesgo y otra conocer la causalidad de las enfermedades (Skrabanek, 1999: 135), lo que muchas veces se confunde interesadamente.

Por tanto, habría que ser sumamente cuidadosos con aceptar a pies juntillas las recomendaciones de organizaciones con vínculos con el complejo médico-industrial. Sobre todo, porque el 85% de los ensayos clínicos, y hasta el 97% de los ensayos más importantes, son patrocinados por la industria farmacéutica. Hasta el punto de que hay cinco veces más posibilidades de hallar efectos positivos cuando un laboratorio privado financia el ensayo clínico que al hacer el ensayo del mismo medicamento con financiación pública[37]. Esto no parece que ocurra entre los profesionales sanitarios de nuestro país, muy poco dados a la reflexión crítica, como se pudo demostrar recientemente con los casos de la gripe A, Tamiflu y otros ejemplos.

Sin embargo, cada vez son más las voces que denuncian el incremento de la iatrogenia[38], la creciente ineficacia para actuar sobre las enfermedades crónicas, entre ellas, las mentales, en las que se ve claramente el factor de

control social ejercido mediante el apaciguamiento de los conflictos sociales y a través del arsenal de psicofármacos. También las relacionadas con la contaminación y los modos de vida, etc. Frente a ellas, el modelo biomédico no plantea soluciones. Las cronifica, individualizándolas y convirtiéndolas, la mayor parte de las veces, en farmacodependientes[39]. Todo ello en un momento histórico en el que, conociendo muchas de las principales causas y determinantes de estas enfermedades, sigue primando una práctica puramente reparativa que garantiza la reproducción ampliada del capital. Y lo hace a través del desarrollo de la "industria de la salud[40]. Esta nunca actúa ni sobre las causas profundas ni sobre los "productores de enfermedad" responsables de su extensión. Ello implicaría colisionar con el modelo económico y supondría enfrentarse con el propio sistema capitalista.

FARMACIA Y MERCADO

En nuestra sociedad, la aparición de nuevos fármacos se recibe siempre con alegría y probablemente poco espíritu crítico. La presentación de estos suele destacar su efectividad y la ausencia de efectos secundarios. Sin embargo, todo fármaco que interfiere en el equilibrio bioquímico del organismo humano tiene efectos indeseables. En muchos casos, la experiencia nos ha demostrado con rapidez que los fármacos no son tan eficaces como se creía y que su utilización no está exenta de efectos negativos. Como señaló David Sackett, si por término medio se produjera un efecto secundario cada 1.000 pacientes, los investigadores deberían estudiar por lo menos a 3.000 pacientes para conseguir un nivel de confianza del 95% (Sackett, Haynes y Tugwell, 1985: 226).

En la actualidad, si comparamos el listado de los 250 medicamentos esenciales de la OMS (2002) con los 16.000 medicamentos autorizados con cerca de 29.000 presentaciones registradas en nuestro país[41], queda patente que existe un inmenso arsenal de medicamentos poco o nada eficaces a disposición del consumidor ávido de consumirlos. Esto ha convertido a España en el segundo país del mundo en consumo de fármacos[42]. Sin embargo, no se traduce en una mejor salud de la población, pero sí en que las multinacionales tengan en nuestro país un importantísimo mercado cautivo, y

nosotros un importante problema de salud pública. En la Unión Europea se producen cerca de 197.000 muertes anuales por los efectos adversos de los medicamentos (550 muertos al día)[43], más que los muertos por accidentes de tráfico y suicidios juntos[44], aparte del gasto hospitalario producido[45].

Esta hiperinflación de fármacos no se corresponde con innovaciones reales. Así, entre los 10 años que van de 2002 a 2011, fueron introducidos 928 nuevos fármacos en Francia, cuando solo 71 (7,6%) presentaban un "avance real" o "alguna ventaja"[46]. Incluso en campos como la oncología, los avances parecen más bien modestos. Una revisión de los medicamentos contra el cáncer, aprobados por la FDA[47] y aplicados en tumores sólidos entre 2002 y 2014, demostró que la mediana de ganancia de supervivencia fue de solo 2,1 meses. Además, solo el 42% de los 71 tratamientos aprobados por propia la FDA en los últimos 12 años pueden ser encuadrados dentro de "mejoras clínicamente significativas"[48].

La alarma provocada por la OMS con la gripe aviar en 2005-2006, continuada con el fraude de la gripe A[49], en 2009, y los casos del Tamiflu o el Sovaldi, muestra a las claras el papel jugado por dicha organización en esta trama. Tanto como la FDA estadounidense, la Agencia Europea de Medicamentos (EMEA) y los ministerios de Sanidad de los diferentes países. Todos a favor de los intereses económicos de las multinacionales farmacéuticas, y no de la salud de la población, de forma que si su credibilidad sigue intacta es que el grado de alienación de la sociedad ha alcanzado límites inauditos.

HIPERTECNOLOGIZACIÓN

La ideología predominante, derivada de la "iglesia del crecimiento económico ilimitado", ha producido un tipo de fiel, el "consumidor social-conformista" (Roitman Rosenmann, 2004), presente en todos los ámbitos de la vida, entre ellos el sanitario.

Con la aplicación de estrategias de mercado muy bien diseñadas, se ha inducido a la medicalización, al sobrediagnóstico y al patrón de hiperconsumo de productos, responsable claro de parte de los problemas sanitarios actuales. Y así hasta llegar a la última moda: la promesa de salvación a través de la medicina genética personalizada a la carta, basada en

pruebas predictivas que permiten calcular las probabilidades estadísticas de padecer en el futuro alguna enfermedad, aunque podría ocurrir que, si no existe cura cierta, solo se logrará crear ansiedad antes de tiempo.

Esta medicina personalizada parece imposible de desarrollar para toda la población, debido, entre otras razones, a sus elevadísimos costes. Pero no solo por imposibilidad matemática, sino porque la mayoría de nuestras enfermedades no son solamente producto de un error del genoma humano, sino de un medio ambiente "nocivo" en el que vivimos. Enfocar el tratamiento de las enfermedades desde una perspectiva molecular es una pura estrategia del complejo médico-industrial que ya ha demostrado su fracaso dado el imparable (por ahora) avance de las enfermedades degenerativas, cáncer, cardiacas, etc. Por otra parte, aunque se ha avanzado mucho en la identificación de los genes, no ha sido así en la interpretación de los hallazgos, además de generar excesivas expectativas: en el caso del cáncer de mama, continuamente se difunden importantísimos avances de investigaciones al alcance de todas, cuando solo el 2% de los cánceres de mama tienen relación con las mutaciones de los genes BRCA[50]. De hecho, es más determinante para padecer un cáncer de mama pertenecer a la clase baja que padecer cierta mutación genética (Gervás y Pérez-Fernández, 2015).

Eso, sin detenerse demasiado en lo que la "tiranía genética" puede aportar al recorte de libertades y a la compartimentación de la población. En Estados Unidos se ha llegado a lanzar la idea del cribaje para detectar la predisposición genética y bioquímica al crimen y la violencia (Skrabanek, 1999: 146). Parece una resucitación de las teorías de Lombroso, y es un paso para la posible criminalización de las desviaciones genéticas.

Los cribajes forman parte de las estrategias sanitarias de todos los países. Se presentan en muchas ocasiones como integrantes de la medicina preventiva, cuando en realidad la medicina preventiva está formada por los conocimientos sobre los estilos de vida y los factores de riesgo que pueden provocar enfermedades, y sobre los que, por lo tanto, habría que actuar, pero la detección temprana de ciertos cánceres, por ejemplo, no tiene necesariamente un impacto positivo sobre la esperanza de vida o la reducción de la mortalidad, en contra de lo que cabría esperar.

En dicha línea, se lanzan "programas preventivos" que defienden en

ocasiones intereses puramente económicos, como es el caso de la "detección precoz" de cáncer de mama. En el caso de Madrid, 600.000 mujeres de entre 50 y 69 años son inducidas indiscriminadamente cada dos años para que se realicen mamografías (en centros privados, por supuesto). Esta prueba tiene efectos adversos[51] y potencia el sobretratamiento al provocar la actuación contra cánceres histológicos que en un 30-40%, no hubieran evolucionado, pero se contabilizan como casos reales de cáncer, inflando artificialmente las estadísticas de supervivencia que los medios y la industria se encargan de difundir para justificarlos. Pero ocultan que, aunque se diagnostican cada vez más cánceres de mama, la reducción de la mortalidad, único beneficio que justificaría los cribajes, no decrece en proporción similar[52]. En el otro extremo, países como Afganistán, con más de 15 millones de mujeres, solo disponen de un mamógrafo, y en un centro privado[53].

Por tanto, en el caso de la mamografía, este cribaje indiscriminado presenta más riesgos que beneficios. Así, si el beneficio se establece en reducir el riesgo de muerte a los 10 años de 5 a 4 mujeres por cada 1.000 revisadas anualmente durante 10 años, el riesgo se cifra en que entre 50-200 de cada 1.000 serán biopsiadas innecesariamente por un falso positivo y entre 2 y 10 de cada 1.000 serán tratadas por un cáncer que no tienen. En el caso del cáncer de próstata se lograría reducir la mortalidad a nueve años de 3,7 a 3 de cada 1.000 hombres, a la vez que entre 50-200 de cada 1.000 serán falsos positivos y entre 10 y 30 serían tratados innecesariamente (Woloshin y Schwartz, 2009). Es de agradecer que cada vez mayor número de clínicos vaya reconociendo las limitaciones y los peligros del cribaje indiscriminado en el caso de algunos de los tumores malignos más frecuentes[54].

En el caso del socorrido diagnóstico por imagen, vamos camino de crear una nueva dictadura. Así, dos de cada tres resonancias magnéticas lumbares realizadas no son necesarias[55], o incluso el propio Ministerio de Sanidad reconoce que la comunidad autónoma con mayor índice de exploraciones de RNM triplica a la que tiene la tasa más baja[56], sin que se aprecien mejores resultados en salud en la primera. Otros estudios demuestran que al menos un tercio de las exploraciones de imagen realizadas son innecesarias, no aportan información relevante[57]y no benefician al paciente. Esto implica no

solo más gasto, sino también más probabilidades de crear falsos positivos o incluso perniciosos efectos adversos[58]. Incluso la propia Sociedad Española de Radiología Medica ha alertado sobre el elevado número de pruebas innecesarias, llegando a desaconsejar tajantemente las mamografías para la detección precoz de cáncer en pacientes sin factores de riesgo[59].

Es indudable que la variabilidad clínica en lo que se refiere a la utilización del diagnóstico por la imagen es muy elevada. Influyen factores como la dependencia del centro sanitario. Así, en nuestro caso, el uso inapropiado de la RNM en centros privados fue un 225% mayor que en los gestionados por la Administración, lo que no solo plantea problemas de tipo económico, sino para los pacientes, ya que la realización de RNM cuando no está indicada aumenta hasta un 400% el riesgo de que el paciente sea operado inútilmente (Kovacs *et al.*, 2013).

Respecto a otras prácticas, más recientemente un estudio (Saini *et al.*, 2017) determinaba que hasta el 70% de las histerectomías en Estados Unidos, una cuarta parte de las prótesis de rodilla en España y más de la mitad de los antibióticos prescritos en China son inadecuados. Frente a esta utilización excesiva y desperdicio de recursos, acompañado de daños evitables, los investigadores constataron la vulnerabilidad de pacientes frente a enfermedades y sufrimientos prevenibles por no aplicar otras "intervenciones eficaces de bajo costo", que, con toda seguridad, no presentan márgenes económicos interesantes para las empresas.

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

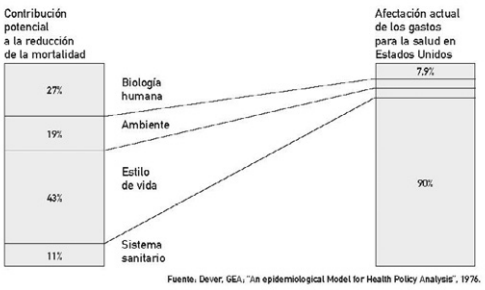
En los años setenta del pasado siglo se elaboró en Canadá el informe Lalonde[60]. En él se analizaban los determinantes de la salud, es decir, la causalidad de las enfermedades, agrupándolos en cuatro grupos: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistema sanitario. Según sus resultados, el 63% de la contribución a la mortalidad de la población derivaba del medio ambiente (físico y social) y de los estilos de vida. Es decir, factores determinados por la patogeneidad de la estructura socioeconómica sobre los que ni los servicios de salud ni otros organismos dependientes del Estado actuaban. También reconocía que el propio sistema

de cuidados solo contribuía a reducir la mortalidad en un escaso 11%, pero consumía, sin embargo, más del 90% del gasto sanitario.

En la misma línea, en 1979 organismos oficiales de Estados Unidos atribuían ya casi el 50% de su mortalidad a los "estilos de vida" (Skrabanek, 1999: 135). Otros autores afirmaban que, en el último siglo, el acceso universal a la asistencia sanitaria (en aquellos países que disponen de ella) apenas explicaba el 20% de los años ganados en la esperanza de vida, siendo el 80% restante debido a las mejoras en las condiciones de vida (Porter, 1999).

GRÁFICO 1

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



Fuente: Dever, GEA; "An epidemiological Model for Health Policy Analysis", 1976.

Cuatro décadas después, es cada vez más evidente que solo alrededor del 10% de la variación en los resultados de salud se debe a la atención médica, aparte de que su eficacia se centra fundamentalmente en la atención y prevención de las enfermedades infecciosas y las enfermedades agudas. Algunos estudios incluso concluyen que no se ha logrado demostrar que la atención médica alargue la esperanza de vida[61].

Es evidente, por tanto, que la enfermedad es un resultado del tipo de sociedad en la que estamos inmersos, ya sea en cuanto al tipo de patologías predominantes, ya sea hasta el concepto mismo de enfermedad. Una sociedad como la capitalista, en la que domina el valor de cambio sobre las necesidades del hombre como parte de la naturaleza, va a generar sus propias patologías relacionadas con la extensión de la miseria y la desigualdad, la contaminación de alimentos, del aire y de todo tipo de elementos básicos. La aceleración de la vida cotidiana y el estrés crónico resultante, los efectos perniciosos de la vida en las conurbaciones, la industria del tabaco y otros tóxicos, los factores laborales, el individualismo narcisista, el consumismo,

así como otras patologías futuras producidas por los últimos "avances técnicos" (modificación genética de seres y plantas), el incremento de las radiaciones y del número de sustancias tóxicas en nuestros cuerpos, etc.[62] Todo ello dentro de una espiral en la que, en muchas ocasiones, los mismos que producen la enfermedad, desarrollan productos para paliar sus efectos, los cuales nos venden para que los consumamos de por vida.

Sin embargo, a pesar de este conocimiento del esquema causal de la enfermedad, en lugar de actuar contra los "productores de la enfermedad" las administraciones sanitarias ponen en marcha campañas de victimización de las enfermedades. Lo hacen mediante su "individualización", cuando los estilos de vida responden en gran parte a determinantes socioeconómicos y culturales. Lo mismo que la elección del medio ambiente en el que vivimos, no son puras elecciones individuales por mucho que se quieran presentar así. De esta forma el sistema sanitario solo actúa contra sus efectos visibles, sobre la punta del iceberg, como Irving Zola, describió acertadamente:

> Algunas veces me imagino que estoy en la orilla de un río que corre rápidamente y escucho los gritos de un hombre que se ahoga. Me tiro al agua, coloco mis brazos a su alrededor, lo saco del río y le doy respiración artificial. Y cuando comienza a respirar, oigo otro grito, así que me echo de nuevo al río, saco a la persona y estimulo su respiración; luego apenas empieza a volver en sí, suena otro grito: de nuevo a brincar, rescatar, dar respiración artificial […] y otro grito. Una y otra vez, interminablemente, se repite la secuencia. Lo peor del caso es que estoy tan ocupado saltando al agua, sacando a gente y dando respiración artificial que no tengo tiempo para investigar quién se encuentra río arriba empujando a esas personas al agua (Zola, 1972).

En la misma línea crítica, la conocida afirmación de que "la medicina es una lucha por la vida contra la muerte" contrasta con la práctica clínica. Hace casi medio siglo, este punto de vista ya era ampliamente cuestionado:

> Si así fuera, como algunos creen erróneamente, deberíamos decir a la gente: no os daremos balsámicos para vuestros bronquios, porque debéis respirar aire puro; no os daremos tranquilizantes para vuestras neurosis, porque se debería suprimir la causa de las mismas; no os daremos vasodilatadores para vuestros espasmos, porque debéis eliminar los atascos de tráfico y la consideración hacia vuestro jefe; no os daremos protectores hepáticos para vuestro hígado, porque no tenéis que comer alimentos artificiales; no os daremos cortisonas para vuestras alergias, porque tenéis que eliminar las sustancias alérgicas […] (Aloisi, Berlinguer y Conti, 1972).

Entendemos que es en este contexto donde se debe realizar un

replanteamiento radical de la problemática del proceso salud-enfermedad-atención. Y este se hace reclamando la gestión democrática de los servicios de "provisión estatal"[63]. Y lo que es fundamental, priorizando un enfoque de actuación radical sobre los determinantes de la enfermedad y el malestar social, es decir, hacia la salud colectiva. La lucha por unos servicios realmente públicos implica la superación de las reivindicaciones ciudadanistas, que claman hacia una vuelta a un supuesto sistema sanitario ideal (que entró en "crisis" a partir de 2008 por los primeros ajustes), por insuficientes, por no denunciar las causas profundas de la generación de la enfermedad y por ser integradoras en el sistema médico-industrial. Ello obliga a la incorporación de una serie de líneas de trabajo absolutamente imprescindibles, que podrían partir de dos ejes centrales:

1. Actuaciones sobre el sistema estatal de salud para democratizarlo, descentralizarlo y establecer mecanismos reales de participación que permitan ponerlo en manos de población y trabajadores. Actuaciones para blindarlo del ánimo de lucro y la mercantilización.
2. Actuaciones sobre los determinantes sociales, medioambientales, económicos y culturales de la enfermedad. Actuaciones dirigidas a recuperar la autonomía de las personas.

ACTUACIONES SOBRE EL SISTEMA ESTATAL DE SALUD

> A la medicina preventiva se le dedica poco interés debido a que perjudicaría las enormes ganancias que se obtienen con la pretendida medicina curativa. Para atenuar la medicalización de la sociedad hace falta un despertar ético y la recuperación de la autonomía personal para adoptar de forma compartida con sus médicos las decisiones que deben definir los objetivos terapéuticos.
>
> Iván Illich

Decrecer en consumo, luchar contra la desigualdad

> Solo al desviar los dólares que ahora afluyen a las instituciones que actualmente tratan la salud, la educación y el bienestar social podrá detenerse el progresivo empobrecimiento que ahora proviene del aspecto

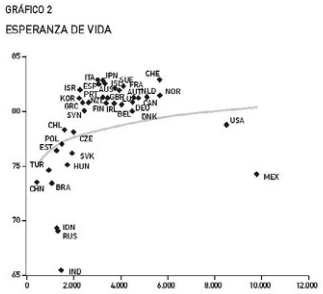
paralizante de las mismas.

Iván Illich

El discurso de la necesidad de seguir creciendo en gasto y recursos sanitarios es falaz. Traspasado un umbral determinado de gasto (lo que ya ocurre en muchos de los países del ámbito de la UE), la ecuación "mayor consumo sanitario igual a mejor salud" se demuestra falsa, ya que los rendimientos son decrecientes[64]. Además, como se ha demostrado en los países con mayor gasto sanitario (como es el caso de Estados Unidos), entre el 21% y el 47% de todo su presupuesto sanitario se desperdicia. Esto es así por no ser dinero que redunde en mejoras de la salud de la población, sino que corresponde al "hiperconsumo" de tecnologías, medicamentos y servicios sanitarios, que suponen entre el 22% y el 28% del total del dinero derrochado (Berwick, 2012).

Por otra parte, como se ha observado en los "países ricos", a partir de 25.000 dólares de renta media per cápita la esperanza de vida se estabiliza y prácticamente no crece. Los problemas sociales y de salud dependen sobre todo del grado de desigualdad interna de cada país, afectando además a todas las clases sociales. De alguna manera, "una vez alcanzado un determinado umbral de calidad de vida material, los beneficios del crecimiento económico sobre la salud son menos evidentes" (Wilkinson y Pickett, 2009). Se encuentra, entonces, la paradoja de que algunos de estos países pueden ser el doble de ricos que otros, pero no por ello disfrutan de una esperanza de vida mayor. O, incluso, que, más allá de determinado umbral, la morbilidad crece en proporción a la cantidad de servicios médicos disponibles[65]. En la misma lógica, más especialistas o más consumo de atención especializada (o lo que es igual a más demanda inducida por el proveedor) no se corresponde con mayores niveles de salud[66]. O como demostrara Victor Fuchs ya en 2004, una mayor inversión en gasto sanitario no se traduce en una mayor esperanza de vida (Fuchs, 2004).

Incluso, aunque lográramos un acceso igualitario al sistema, unos llegarían ya enfermos a él por razones "socialmente injustas" derivadas de su lugar en la estructura social. Por tanto, es en la reducción de la brecha de la desigualdad social donde se debería de actuar, para que la "exposición" a las probabilidades de enfermar sea similar desde el punto de vista social.



DESTECNOLOGIZAR

Destecnologizar

> Se ha hecho espantosamente obvio que nuestra tecnología ha excedido nuestra humanidad.
> Albert Einstein

Aunque es indudable el avance en muchos aspectos de la medicina, otros no son tales realmente o incluso han generado un incremento de efectos indeseados para los pacientes. Claros ejemplos son la hipertrofia del vademécum farmacéutico, la proliferación creciente de tecnología superespecializada, el encarnizamiento terapéutico con pacientes terminales, etc.

Hemos visto que una parte importante de las intervenciones sanitarias aportan beneficios mínimos, incluso inferiores a los riesgos que implican (Márquez y Meneu, 2007). Y además, el desarrollo tecnológico ha aumentado la sensibilidad para identificar patologías o "estados no normales" dentro de los rangos predefinidos al reducir el umbral de tratamiento, aumentando de forma forzada la incidencia de enfermedades (Hofmann, 2001).

Curiosamente la sobreutilización podría tener en algunos casos una distribución clasista. Así, se ha comprobado que las cesáreas disminuyen entre las clases altas en países como Finlandia[67] y Noruega[68], mientras que se concentran entre los sectores más desfavorecidos. Entretanto, en otros países como Gran Bretaña, parece que en algunos aspectos hay una cierta recuperación de prácticas menos medicalizadoras, como son las

recomendaciones del NICE[69] respecto a dar a luz en casas de partos gestionadas por matronas o en el propio domicilio[70].

Por tanto, dado que la paradoja de Jevons parece haberse confirmado en el campo sanitario[71], sería necesaria una "desinversión sanitaria" (Elshaug *et al.*, 2007)[72] debido a los efectos iatrogénicos y a que esos recursos económicos podrían utilizarse para cubrir prioridades sociales básicas (pobreza infantil, desempleo, pacientes crónicos con deficientes cuidados en domicilio…). Esto sería más coste-efectivo y mejoraría la calidad de vida de un porcentaje de población mucho mayor que aquellas innovaciones en alta tecnología sanitaria que solo llegan a porcentajes mínimos de la población.

Recuperar la autonomía y los saberes

> Es una característica de esta sociedad superindustrializada que la gente desee ser enseñada, movida, tratada o guiada en lugar de aprender, curar y encontrar su propio camino.
>
> Iván Illich

La expropiación de los saberes populares (desposesión) y de la autonomía individual y colectiva nos anulan. Al mismo tiempo que la extensión indiscriminada de sistemas altamente tecnificados (creados para responder a necesidades más complejas y no a los procesos más comunes) estrangulan la creatividad, destruyen la autonomía y pervierten las propias necesidades. Por otra parte, aunque ha aumentado el acceso a la información sobre procesos médicos gracias a Internet y otros medios, ha descendido el poder de decisión, se han perdido habilidades y se ha incrementado la dependencia de los profesionales. No obstante, algunos estudios dejan entrever que, a mayor nivel de información de los pacientes, más conservadores podrían volverse respecto a algunas actuaciones médicas como son el consumo de los denominados "fármacos preventivos", la decisión de someterse a la extirpación de la hiperplasia benigna de próstata o a la histerectomía (Márquez y Meneu, 2007).

Consecuentemente con su concepción monolítica, el MMH desprecia o persigue cualquier otra concepción de la enfermedad o saberes que cuestionen las prácticas médicas vigentes. Las denominadas medicinas

alternativas, también influidas por relaciones de poder y de mercado, son tachadas de no científicas, aunque algunas de ellas tengan desarrollos milenarios y hayan demostrado sobrada eficacia para determinados procesos[73].

Recuperar la autonomía, los saberes de prácticas ancestrales que han demostrado efectividad, promover aprendizajes y procesos de autoatención, ya sean derivados de las "medicinas alternativas" como de la medicina alopática, son parte de los objetivos posibles. Y no hemos de olvidar el imprescindible cuestionamiento crítico de dirigirnos a las raíces de los problemas. Porque no es posible enfrentar las enfermedades de nuestra civilización sin actuar contra los modos de vida que las producen.

Descentralizar para democratizar

> Aunque estos "comunes" pasaran a manos de una nueva especie de burócratas, nada en el fondo cambiaría de aquello que nos mata.
> *A nuestros amigos*, Comité Invisible

Plantear el reto de la democratización implica actuar sobre dos niveles: la salud y la medicina o, lo que es lo mismo, el sistema sanitario.

Democratizar la salud es apuntar a cambiar la vida y transformar la sociedad y las condiciones de vida. Este reto conlleva la creación de sistemas de poder popular. En salud eso implica actuar contra los procesos y los determinantes que producen la enfermedad y la explotación. Trabajar construyendo las bases hacia una sociedad autogestionaria, con herramientas técnicas menos complejas, decrecentista, centrada en las necesidades humanas y libre de los estigmas del mercado y del capitalismo (Weinstein, 1977).

Democratizar la medicina implica necesariamente actuar contra los intereses económicos y corporativos que dirigen actualmente la megamáquina sanitaria[74], prohibir el ánimo de lucro y establecer sistemas democráticos de control. Aunque esto, por sí solo, no cambia las relaciones sociales de producción[75] (Weinstein, 1978).

Frente a los que propugnan soluciones del tipo "profesionalización de la gestión", defendemos la descentralización y democratización real de la

gestión de los servicios sanitarios. Esto implica, de entrada, un modelo de participación social en salud absolutamente diferente de las escasas experiencias existentes, centradas en la autorresponsabilidad personal, la culpabilización del individuo y la relegación del papel de estructura social, el Estado y el mercado. Cuando la "participación" se ha promovido por las administraciones, se ha utilizado en el marco puramente asistencial para lograr objetivos interesados (promoción de campañas de vacunación…), nunca para organizar a la población en la lucha contra los determinantes o para la toma de decisiones. Esto sería un riesgo político por la posibilidad de que se constituyan bases para la autonomía (Menéndez, 1998).

Tampoco podemos olvidar que las experiencias existentes demuestran la existencia de procesos de movilización de la población para lograr acceder a determinadas necesidades básicas (vivienda, agua, centros educativos o sanitarios, fármacos). Pero existen menos ejemplos de luchas sostenidas por la salud o contra las causas profundas, quizás producto de los valores inmediatistas que impregnan nuestra sociedad (luchas contra incineradoras y otras industrias tóxicas o contra las patentes, por ejemplo).

Es cierto que la autogestión de pequeños centros es factible, tal y como han demostrado las crisis griega y argentina, pero incluso la de hospitales no es imposible. No olvidemos que las direcciones siempre han desempeñado labores políticas, no técnicas. Los grandes centros sanitarios podrían ser subdivididos en departamentos o conjuntos de servicios para hacer más accesible la gestión democrática. La experiencia del hospital griego de Kilkís[76] es clara. Durante varias semanas, los trabajadores mantuvieron en funcionamiento el centro mediante asambleas de control y sin los gestores que la elite política había impuesto. Mejoraron la asistencia pese a los escasos medios de que disponían, lo que ya es un paso significativo respecto a la gestión estatal o privada.

En nuestra realidad, en cada ámbito territorial sería deseable la constitución de comités de base que: 1) coordinen las luchas contra la privatización de los centros sanitarios; 2) exijan el establecimiento de mecanismos de acceso a la información que garanticen transparencia absoluta[77]; 3) promuevan la creación de mecanismos de participación real junto con los trabajadores de los centros sanitarios, y 4) exijan el cambio de

enfoque del sistema hacia la salud colectiva y no solo hacia la enfermedad.

Sin embargo, si estos comités "mixtos" de usuarios y trabajadores solo debaten sobre inversiones y reglamentaciones, y no cuestionan la orientación del sistema, lo legitimarán. Además, dicho sistema será capaz de asumirlos e integrarlos para conservar sus funciones esenciales. Es preciso, por tanto, el cuestionamiento tanto del modelo capitalista como del modelo médico imperante. Hay que poner en marcha procesos en los que cada individuo conozca los factores que influyen negativamente en su salud y actuar contra ellos. A la vez, hay que denunciar el papel de la medicina oficial como pantalla de los problemas sociales (Weinstein, 1978) mientras se va rompiendo la visión equivocada de identificar medicina con salud. En definitiva, es un proceso de politización para romper la alienación y la dependencia de los "expertos", ya que los determinantes de la enfermedad deben y pueden ser enfrentados entre todos, superando la dicotomía experto-población.

ACTUACIONES SOBRE LOS PRODUCTORES DE ENFERMEDAD O CÓMO PODEMOS REALMENTE AYUDAR A PRODUCIR SALUD COLECTIVA

> Las estrategias médicas fracasan porque concentran demasiados esfuerzos en la enfermedad y muy escasos en cambiar el ambiente que enferma a la gente […].
>
> Iván Illich

Trataremos de esbozar una serie de ejes sobre los que pensamos que debería de trabajarse para cambiar el sentido que ha tomado el sistema sanitario.

Elaboración de diagnósticos de salud que identifiquen los elementos que están influyendo en la mortalidad y en la morbilidad de cada zona: este es un aspecto prácticamente abandonado, ya que tras 30 años de aplicación de la Ley General de Sanidad no se ha avanzado apenas, a pesar de la existencia de graves desigualdades territoriales entre el norte y el sur del territorio (Benach y Martínez, 2013).

Actuaciones sobre el consumo y la producción de tabaco[78], alcohol[79] y sobre la industria alimentaria (sobre todo en lo relativo a los alimentos

ultraprocesados)[80]. Esto generará, sin duda contradicciones, ya que implicaría la destrucción de puestos de trabajo en estos sectores. Por ejemplo, mientras se nos pide que apoyemos a los trabajadores de Coca-Cola, nos encontramos con que estas empresas son responsables de cientos de miles de muertos por consumo de sus bebidas azucaradas[81].

El cambio climático ha sido causado en gran medida por solo 90 corporaciones que han lanzado a la atmósfera dos tercios de los GEI (gases de efecto invernadero) generados desde el inicio de la era industrial, de los cuales la mitad ha sido emitida en los últimos 25 años, desde 1986, cuando ya las corporaciones y los gobiernos sabían de la relación entre las emisiones de GEI, el calentamiento global y los problemas para la salud de la población[82]. La contaminación atmosférica y la movilidad basada en el automóvil son responsables de 27.000 muertes prematuras al año en España[83], 400.000 en la UE[84] y 7 millones en el mundo[85], que ya están provocando la reducción de la esperanza de vida[86]. Según la propia OMS, 37 millones de españoles respiran habitualmente aire contaminado[87] y se cuantifican 2.000 fallecimientos prematuros anuales en España por la exposición a elevados niveles de ozono[88]. La Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) reconocía en 2013 que el 90% de la población urbana de la UE estaba expuesta a concentraciones de alguno de los contaminantes atmosféricos más perjudiciales para la salud[89]. Dos años después, la cifra ya ascendía al 98% de la población urbana[90], lo que podría ser incluso más grave dado que la contaminación atmosférica puede resultar nociva aún en concentraciones inferiores a lo que establecen las autoridades[91]. La propia OMS estima que las causas ambientales representan el 18-20% de la carga global de la enfermedad en toda la región europea[92].

Actuaciones sobre el ruido. Más de 125 millones de europeos soportan niveles de ruido que superan las recomendaciones de la UE (65 decibelios para el día y 55 para la noche). Se estima en unas 10.000 el número de muertes prematuras anuales achacables al ruido[93]. El nivel de ruido diurno en Madrid está relacionado con 1.048 muertes por problemas cardiovasculares y 1.060 por enfermedades respiratorias en mayores de 65 años[94].

Actuaciones sobre la creciente desigualdad[95] (Wilkinson y Pickett, 2009) y

los problemas socioeconómicos (desempleo, deudas, vivienda, exclusión, etc.). Afectan psicológicamente a los individuos y generan situaciones de estrés crónico. Desde los estudios Whitehall[96] se sabe que el estrés crónico es una de las principales causas de muchas de las enfermedades actuales. Son factores ligados al modo de vida: el estatus social bajo, la falta de relaciones sociales y el estrés en las primeras etapas de la vida[97] (Wilkinson y Pickett, 2009), la destrucción de formas de vida cooperativas y de apoyo a la comunidad… Todos ellos provocan estrés y la supresión parcial del sistema inmunológico por elevación del cortisol. Mecanismos fisiológicos a través de los cuales se puede producir patología. Ante esto, ¿cómo ha respondido la medicina? No actuando sobre las causas, "sino destruyendo la capacidad del órgano para responder a la causa, quitando el órgano o cortando sus conexiones con el cerebro" (Eyer y Sterling, 1977). Es decir, de nuevo actuando sobre los síntomas y ocultando las causas.

En definitiva, es necesario un replanteamiento de los objetivos del sistema sanitario hacia la cobertura de las necesidades de la población, y no los intereses del complejo médico-industrial. El régimen capitalista, sea neoliberal o de Estado, puede dedicar muchos recursos al sistema sanitario (el caso de Estados Unidos es paradigmático), pero no puede orientarlo hacia la salud colectiva, sino hacia el "crecimiento" continuo. Para ello necesita generar continuamente enfermedad como negocio, ya que los pacientes son el combustible o la materia prima que retroalimenta al sistema. El paciente pasa de ser alguien con necesidades a alguien a quien se necesita (McKnight, 1981: 67). Consecuentemente, y en lo que respecta a los profesionales, tanto el sector médico, limitado cada vez más exclusivamente al diagnóstico y al tratamiento (absolutamente necesarios), como el de enfermería, embaucado en la creación de un supuesto espacio propio ("diagnósticos enfermeros", etc.), han abandonado cualquier actuación sobre los productores de enfermedad, y por tanto de promoción de la salud colectiva.

COMO REFLEXIÓN

Nos encontramos inmersos en una crisis económica, civilizatoria, de recursos[98] y medioambiental, cuyo síntoma más alarmante es el cambio

climático antropogénico. Estamos asistiendo al fin de una época en la que el aparato productivo ha estado centrado en la producción de bienes y servicios no destinados a satisfacer las necesidades básicas, sino a mantener la dinámica capitalista de crecimiento y consumo continuo de pseudonecesidades.

Estamos asistiendo al desmantelamiento del estado social (que el capitalismo ya no necesita mantener), con el consiguiente incremento incesante de las bolsas de exclusión. Mientras, las redes de solidaridad tradicionales han desaparecido, y hemos perdido en gran parte nuestra autonomía y capacidades para solucionar problemas básicos. A pesar del reiterativo discurso de cercanas soluciones científico-técnicas capaces de solucionar los graves problemas a los que nos enfrentamos, desde el inicio del siglo las invenciones y el sistema tecnológico han sido incapaces de hacer aumentar la producción. Se han centrado en el sector diversión y comunicación, con la miniaturización de los sistemas, cada vez más inteligentes y con más prestaciones. Pero incapaces de mejorar las condiciones de existencia de la mayoría de la población, como pudieron hacerlo en otros momentos la electricidad o los antibióticos.

Por su parte, la "izquierda del capital" nos promete una vuelta imposible al "paraíso del consumo" mediante el apuntalamiento de las instituciones y la democracia parlamentaria, en las que nunca creímos. Y mientras, ocultan que los plazos se agotan, que el momento es revolucionario, que cualquier retraso en la actuación sobre las causas profundas limitándose a lo sintomático solo retardará la solución y nos situará en peores condiciones de abordarla.

En este complejo escenario, las salidas están por construir, pero intuimos las líneas generales que deberían alumbrarnos. Y estas no son fáciles. Tampoco son atractivas para gran parte de la población, ya que implican aceptar una reducción drástica del consumo y el abandono de parte de las comodidades a las que nos hemos acostumbrado en las últimas décadas. Se impone la austeridad, que no miseria, ya que es posible vivir mejor con menos, en nuevos escenarios que implicarán un proceso de decrecimiento y destecnologización.

En el campo sanitario hay que extender el debate entre lo "rentable" y lo útil, entre lo técnicamente posible y las necesidades de la mayoría de la

población. La mayor parte de las enfermedades no requieren la altísima tecnología creada para tratar a los enfermos graves y pueden ser abordadas en centros sanitarios de complejidad baja. La medicina altamente especializada, muy útil en un pequeño porcentaje de pacientes, no es necesaria en el resto de la población. Y su utilización indiscriminada es uno de los principales problemas actuales. Apenas unos centenares de medicamentos son suficientes para tratar la inmensa mayoría de las enfermedades y posiblemente pequeñas empresas descentralizadas puedan ser capaces de producir estos medicamentos básicos. Una sociedad inteligente es la que promueve la salud colectiva y no deja en manos del lucro ni la definición de lo que es salud y enfermedad ni el propio proceso asistencial.

Mientras, estamos inmersos en un sistema que nos impone a la mayoría un tipo de "servicios públicos" que no deseamos, diseñados como una mercancía para generar beneficios para una minoría. Soñamos con otra forma de vivir, pero nos fuerzan a sobrevivir en un mundo que criticamos y en el que nos vemos atrapados y envueltos en mil contradicciones, pero ello no invalida que debamos de luchar por lo que mañana puede ser realidad, como nos ha demostrado la historia. Desde la jornada de ocho horas al resto de transformaciones sociales, todas fueron conquistas hechas con sangre, sudor y lágrimas. No fueron gratuitas.

Sabemos que el sistema es capaz de absorber y mercantilizar casi todo, pero queremos soñar con otro mundo, y para ello es necesario multiplicar los conflictos, aflorar las contradicciones del sistema capitalista, no delegar en nadie la resolución de nuestros problemas y mantener la llama de la rebelión encendida. Porque el camino de la revolución pasa por avanzar hacia la cobertura de las necesidades básicas mediante sistemas no mercantilizados, basados en la recuperación de lo colectivo y la autogestión.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2013): Memoria anual de actividades 2013 (disponible en http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3304).

Aloisi, Berlinguer, Conti *et al.* (1972): *Medicina y sociedad*, Fontanella, Barcelona.

Benach, J. y Martínez, J. M. (2013): *Atlas de mortalidad en municipios y unidades censales de España (1984-2004)*, Fundación BBVA.

Berguer, A. y Berguer,R. (2003): "Medicina basada en evidencia (MBE): Contras", *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, nº 25, pp. 273-279.

Berlinguer, G. (1975): *Medicina y política*, Editorial Cuarto Mundo, Buenos Aires.

Berwick, D. (2012): "Eliminating Waste in US Health Care", *JAMA*, publicado *online*, 14 de marzo

Blech, J. (2005): *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*, Destino, Barcelona.

Dubos, R. ([1959] 1987): *Mirage of Health: Utopias, Progress & Biological Change*, Rutgers University Press.

Ehrenreich, B. y English, D. (2010): *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*, Capitán Swing, Madrid.

Elshaug, A. G. *et al.* (2007): "Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing, ineffective health care practices", *Australia and New Zealand Health Policy,* nº 4, p. 23.

Erviti López, J. *et al.* (2016): "Fiabilidad de los ensayos clínicos. El peligroso camino de la desregulación de los medicamentos", *Med Clin*., 147(12), pp. 554–557.

Eyer, Joseph y Sterling, Peter (1977): "Stress-Related Mortality and Social Organization", *Review of Radical Political Economics*, nº 9, abril, pp. 1-44.

Feyerabend, Paul K. (1999): *Tratado contra el Método*, Ediciones Altaya, S. A., Barcelona.

Fortney, J. A.; Potts, M. y Bonhomme, M. (1985): "Invasive cancer and combined oral contraceptives", *Br. Med. J.*, nº 290, p. 1587.

Fuchs, V. (2004): "More Variation In Use Of Care, More Flat-Of-The Curve Medicine", *Health Affairs*, 7 de octubre.

Gervás, J. y Pérez-Fernández, M. (2015): *La expropiación de la salud*, Los libros del lince, Barcelona.

Graeber, D. (2012): *En Deuda. Una historia alternativa de la economía*, Ariel, Barcelona.

Hofmann, B. (2001): "The technological invention of disease", *Med. Humanities*.

Illich, I. (1975): *Némesis Médica. La expropiación de la salud*, Barral, Barcelona.

— (1999): "L'obsession de la santé parfaite. Un facteur pathogène prédominant", *Le Monde Diplomatique*, marzo.

Illich, I. *et al. (1981): Profesiones inhabilitantes*, Blume Ediciones, Madrid.

Ioannidis, J. P. A. (2005): "Why Most Published Research Findings Are False", *PLoS Med*., 30 de agosto.

Kovacs *et al.* (2013): "Appropriateness of lumbar spine magnetic resonance imaging in Spain", *European Journal of Radiology* (disponible en http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0720048X1300051X) (resumen en castellano en http://www.kovacs.org/descargas/NP_Baleares_Estudio_RMlumbares_injustificadas.pdf).

Lindahl, O. y Lindwall, L. (1982): "Is all therapy just a placebo effect?", *Metamedicine*, nº 3, pp. 255-259.

McCormick, J. S. y Skrabanek, P. (1988): "Coronary heart disease is not preventable by population interventions", *The Lancet*; ii, pp. 839-841.

McKnight, J. (1981): "Servicios profesionalizados y asistencia", en I. Illich y otros, *Profesiones inhabilitantes*, Blume Ediciones, Madrid.

Márquez, Soledad y Meneu, Ricard (2007): "La medicalización de la vida y sus protagonistas", *Eikasia. Revista de Filosofía,* II 8, enero (original: Domenighetti, G.; Luraschi, P; Casabianca, A. *et al.* (1988): "Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates", *The Lancet*, nº 2, pp. 1470-1473.

Menéndez, E. (1992) *Modelo hegemónico, modelo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. La antropología médica en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

— (1998): "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado", *Cuadernos médicos sociales,* nº 73.

— (2005): "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores", *Salud Colectiva*, vol. 1, nº 1, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Mumford, L. (2010): *El mito de la máquina. Técnica y evolución humana*, vol. 1, Pepitas de calabaza, Logroño.

Office of Medical Applications of Rechearch (1985): "Lowering Blood Cholesterol to Prevent Heart Disease", *JAMA*.

OMS (2002): "The Selection and Use of Essential Medicines, including the 12th WHO Model List of Essential Medicines", Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Payer, Lynn (1988): "Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France", *Holt*, Nueva York.

Porter, R. (1999): *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*, Norton History of Science.

Prasad, V. y Cifu, A. (2015): *Ending Medical Reversal: Improving Outcomes, Saving Lives*, John Hopkins University Press.

Rodríguez, S. (2008): *El proceso de medicalización y sus consecuencias. Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico,* vol. 2 (2), UNED, Madrid.

Roitman Rosenmann, M. (2004): *El pensamiento sistémico. Los orígenes del social-conformismo*, Siglo XXI, México.

Sackett, D. L.; Haynes, R. B.y Tugwell, P. (1985): *Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine*, Little Brown & Co., Boston/Toronto.

Saini, V. *et al.* (2017): "Addressing overuse and underuse around the world", The Lancet, 8 de enero.

Skrabanek, P. (1999): *La muerte de la medicina con rostro humano*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

Skrabanek P. y McCormick J. (1992): *Sofismas y desatinos en Medicina*, Ediciones Doyma (versión española de la obra original: *Follies and fallacies in Medicine*, The Tarragon Press, Glasgow, Reino Unido, 1989).

Weinstein, L. (1977): *Salud y democratización*, Villalar, Madrid.

— (1978): *Salud y autogestión*, Editorial Dosbe, Madrid.

Wilkinson, R y Pickett, K. (2009): *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*, Turner.

Woloshin, S. y Schwartz, L. (2009): "Numbers needed to decide", *Journal of the National Cancer Institute* (disponible en http://www.casmadrid.org/documentos/DOCUMENTO_DATOS_NECESARIOS_PARA_DECIDIR.pdf) .

Zola, I. K. (1972): "Medicine as an institution of social control", *The Sociological Review*, vol. 20.

— (1972): "The problems and prospects of mutual aid groups", *Rehabilitation Psychology,* vol. 19(4).

— (1981): "El culto a la salud y la medicina inhabilitante", en I. Illich *et al.*, *Profesiones inhabilitantes*, Blume Ediciones, Madrid, p. 60.

CAPÍTULO 2

MADRID: LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD GOZA DE BUENA SALUD (POR DESGRACIA)

COORDINADORA ANTIPRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD MADRID

PRECEDENTES

El proceso de privatización del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) se inició en 2004 con la aprobación del primer Plan de Infraestructuras[99], mediante el cual se adjudicó la construcción y explotación durante 30 años de 8 hospitales privados, 7 de modelo PFI[100] y uno de modelo PPP[101].

En 2007 se puso en marcha el segundo Plan, que preveía 4 nuevos hospitales privados modelo PPP[102], lo que supuso un importante salto cualitativo al ceder a empresas privadas durante 30 años no solo la explotación de la infraestructura y los servicios "no sanitarios", sino también el "núcleo duro", la asistencia sanitaria.

En junio de 2009 tuvo lugar la apertura del Laboratorio Central de Referencia[103], que fue adjudicado para su explotación a Ribera Salud[104] para procesar las muestras de más de un millón de personas, para lo que se cerraron laboratorios públicos que funcionaban perfectamente, entre ellos alguno con solo 4 años de antigüedad[105].

Como continuación, se van tomando otra serie de medidas legislativas, imprescindibles para convertir el sector en un mercado, entre ellas la desaparición del sistema de planificación mediante la aprobación del Decreto

de Área Única[106] y la aprobación de la Ley de "Libertad de Elección", lo que dinamitó cualquier posibilidad de planificación y racionalización de la asistencia sanitaria, quedando los 6,5 millones de madrileños y madrileñas en manos de los intereses de las empresas privadas que se han ido posicionando en estos años en el sector.

En 2010 se da un paso más, al privatizar el sistema de citas y derivaciones médicas, hasta entonces gestionado en los propios centros del SERMAS, que pasa a ser cedido a la empresa Indra[107], lo que permitirá dirigir a partir de ese momento, sin trabas de ningún tipo, los flujos de pacientes y procesos rentables hacia los centros privados.

Siendo el objetivo de estos planes el de sustituir centros sanitarios de "gestión pública directa" por centros privados, ninguno de ellos recibió críticas en aquel momento por parte de ninguna organización profesional médica, sociedad científica, partidos políticos y menos aún de los sindicatos subvencionados de la Mesa Sectorial de Sanidad del SERMAS[108].

La puesta en marcha del nuevo modelo no solo iba a producir una hipoteca financiera importantísima durante décadas (y para las generaciones futuras), sino también el deterioro del sistema sanitario existente, aparte de un incremento de la opacidad del sistema, ya que si el acceso a la información relevante en los centros "estatales"[109] ha sido imposible históricamente, en estos centros privados es sencillamente impensable.

Así, por ejemplo, nueve años después de abrirse el primero de los hospitales de modelo PPP, la Consejería de Sanidad sigue sin responder a nuestras solicitudes de información sobre los criterios de incentivación de los médicos que trabajan en dichos centros. Sin embargo, ha trascendido información que nos permite conocer que se han aplicado las mismas pautas que en los hospitales de la Comunidad Valenciana del mismo modelo, de forma que toda la actividad médica está ligada a fuertes incentivos económicos para reducir el gasto por paciente[110], premiando la reducción de ingresos en urgencias, la agilización de las altas, la reducción de pruebas costosas, etc. Este sistema perverso ha permitido que algunos especialistas de estos centros llegasen a cobrar, en 2012, más de 40.000 euros de incentivos (aparte del salario), hecho que pone en cuestión la ética de la asistencia médica, pero no han despertado críticas por parte de organizaciones médicas

de ningún tipo.

LA IMPRESCINDIBLE COLABORACIÓN DE LA IZQUIERDA INSTITUCIONAL EN EL PROCESO DE PRIVATIZACIÓN

La "izquierda institucional" y los sindicatos subvencionados vienen jugando desde la mal llamada "transición democrática" un papel imprescindible en el proceso de privatizaciones y desmantelamiento de los sectores "públicos" rentables que aún permanecían en manos estatales. En el caso de la sanidad no ha sido diferente, ya que su papel ha sido vital tanto para aprobar la Ley 15/97 como para mantenerla y aplicarla allí donde ha gobernado. En el caso de Madrid, PSOE e IU colaboraron en diferente medida para que la "sanidad del futuro" de Esperanza Aguirre pudiera ser una realidad, ya que la construcción y puesta en marcha de estos centros privados necesitaba del apoyo de los alcaldes de "izquierdas" de las localidades en las que se decidió, sin estudios de planificación, ser construidos.

Así, en Parla, es el propio Tomás Gómez Franco, ex secretario general del PSM-PSOE, quien cede gratuitamente terrenos públicos a Sacyr, Testa y Valoriza para que construyan un hospital privado y lo exploten durante 30 años. Posteriormente su sucesor, José María Fraile, "perdonó" a estas empresas el pago del IBI durante estos años. En Aranjuez es Jesús Miguel Dionisio Ballesteros, también del PSOE, quien realiza la misma jugada, cediendo terreno para otro hospital privado a Hispánica (una de las empresas implicadas en la Gürtell). En San Sebastián de los Reyes, es la coalición PSOE-IU-Izquierda Independiente la que, encabezada por José Luis Fernández Merino del PSOE, cedió terreno gratis a Acciona. En Coslada, es la coalición entre PP y PIC (Plataforma Izquierdas de Coslada, escisión del PCE-IU) la que facilita la labor a Sacyr, Testa y Valoriza. Algo más tarde, en 2008, es el alcalde socialista de Villalba, José Pablo González Durán, el que cede el terreno nada más y nada menos que a Capio (actual IDC Salud) para poner en pie un hospital de modelo PPP, es decir, el modelo de hospital que el PSOE critica en otras comunidades autónomas, como es el caso de Valencia (desconocemos críticas del PSOE al modelo PFI).

Es imposible que ninguno de estos alcaldes de partidos de "izquierdas" no

conocieran que estos centros sanitarios eran privados, por lo tanto, ha habido una colaboración necesaria e imprescindible por parte de estos grupos para participar en la puesta en marcha de la contrarreforma sanitaria del PP y, por consiguiente, cualquier proceso serio de lucha en defensa de un sistema sanitario público, universal y democrático no puede pasar por alto estas alianzas.

El proceso permitió, en apenas 5 años, poner al SERMAS en una situación irreconocible, como explicamos en *Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios* (CAS Madrid, 2010), dado que la apertura de más de 2.000 camas de los 11 nuevos hospitales privados implicó el cierre de un número similar tanto en los grandes centros "públicos"[111] como en los más pequeños, algunos de los cuales han visto cuestionada su propia supervivencia[112]. Esto, acompañado de la inmensa sangría que ha supuesto el incremento constante de las derivaciones de los procesos e intervenciones rentables a los centros "privados puros"[113], que en estos años no han dejado de realizar obras para aumentar su capacidad, eso sí, mientras los centros de gestión directa del SERMAS han visto reducidas año a año su financiación y su capacidad[114], es lo que constituye un ejemplo claro de parasitación.

Durante estos años, en los que el 40% de la población de la Comunidad de Madrid pasó a ser asignada a hospitales propiedad de empresas privadas, se produjeron importantes movilizaciones encabezadas por la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad Pública de Madrid (CAS) y con participación fundamentalmente de usuarios, y muy escasa de trabajadores del sector, con el silencio absoluto de partidos políticos, grupos corporativos profesionales, colegios profesionales, etc.

En 2009 se entregaron en el Congreso 500.000 firmas exigiendo la derogación de la Ley 15/97, producto de una campaña de más de dos años a pie de calle, explicando a la población las razones del proceso de privatización, campaña a la que fue invitada la Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid, aunque, desgraciadamente, se negó a participar "porque implicaba al PSOE en el proceso de privatización", la misma postura que mantuvieron algunos líderes de partidos como Izquierda Anticapitalista, hoy felizmente situados en Podemos, para quienes el PSOE era de izquierdas y no se le debía atacar. La petición de derogación no fue

atendida por la partitocracia, más interesada en defender los intereses de las grandes empresas que los de la población, hasta el punto que recibimos emisarios del PSOE que nos recordaron que la Ley 15/97 era un "asunto de Estado y que nunca se derogaría".

Tenemos que reconocer que, en los nueve años en los que se fue implantando este sistema de mercado, la movilización no fue ni lo amplia ni lo contundente que debería haber sido dada la gravedad de las medidas que se estaban adoptando, entre otras razones porque el Gobierno, los sindicatos subvencionados, las sociedades "científicas", los colegios profesionales y demás "actores sociales" colaboraron para prevenir cualquier movilización de los profesionales, incluso mediante la compra de estos a través de acuerdos sindicales que incluían importantes subidas salariales a cambio de la "paz social", lo que permitió poner en marcha los centros con la aquiescencia y el silencio de los propios profesionales.

No obstante, el trabajo de miles de personas de diferentes puntos de Madrid logró cierto nivel de movilización que permitió pequeñas victorias, como evitar el cierre del hospital Virgen de la Torre, previsto para abrir el de gestión privada Infanta Leonor Vallecas; y destapó el papel de los privatizadores, posibilitando explicar a la población las causas y los responsables del proceso (PSOE, PP, CC OO[115]). Por otra parte, el trabajo de muchos colectivos en la campaña contra la Ley 15/97 permitió extender la información a nivel estatal, de forma que dicha ley dejó de ser una desconocida entre los sectores más activos.

EL SURGIMIENTO DE LA 'MAREA BLANCA'

Hay que esperar hasta octubre de 2012 para que los profesionales del SERMAS (encabezados por un sector de médicos de atención especializada) "despierten" tras el anuncio hecho el 31 de octubre de 2012 por el consejero Lasquetty del "tercer plan privatizador", llamado pomposamente "Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid", que, una vez puestos en marcha los centros privados, venía a realizar una serie de "ajustes" para mejorar los resultados de las empresas privadas y afianzar el mercado sanitario, al mismo tiempo que, por

primera vez, se actuaba sobre la plantilla de sanitarios (cesión a empresas privadas de la gestión sanitaria de 6 hospitales ya privatizados bajo el modelo PFI), lo que afectaba a unos 6.000 profesionales[116], así como el recorte de actividad en centros "públicos" (supresión de las peonadas[117]) o unificación de servicios médicos, lo que conllevaba la supresión de decenas de jefaturas de servicio, así como la transformación de los hospitales de La Princesa y Carlos III en centros de media estancia (para hacer rentables las camas de los hospitales privatizados al "liberarlas" de pacientes crónicos); la entrega a sociedades de profesionales de la gestión de 27 centros de salud, la privatización de la lavandería central de Mejorada, la privatización de la extracción a "pie de calle" de sangre, la externalización de servicios no sanitarios y extinción de 27 categorías profesionales (cocinas, lavandería, limpieza, almacenes y mantenimiento, etc.).

Las medidas incluidas en este Plan, junto con el descontento que se había venido acumulando en las plantillas del SERMAS debido, entre otras razones, a los recortes económicos impuestos por el Gobierno central, y la creciente inestabilidad laboral (generalización de los contratos basura por meses o incluso días desde 2007), están en la base del conflicto que va a estallar, en teoría, contra la "privatización de la sanidad", solo que un poco tarde, nueve años después del inicio del proceso de privatización. Ante la esclerosis y el colaboracionismo de los sindicatos médicos históricos, parte de los médicos especialistas que venían organizándose desde hace meses, fundamentalmente en los grandes hospitales, gestan el nacimiento de un nuevo sindicato, AFEM (Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid), que genera nuevas ilusiones entre el sector más joven del personal facultativo.

El nacimiento de esta nueva organización no puede separarse, a nuestro juicio, de una nueva percepción de la realidad política, social y laboral por parte del sector médico: la privatización sanitaria es inseparable de la precarización de sus condiciones laborales, de la pérdida de su *statu quo* y de su poder como profesional autónomo. Advierten, aunque tarde, que no van a poder situarse al margen del juego de los flujos económicos que se han establecido para pelear por el reparto de una tarta de más de 7.000 millones de euros anuales, mientras han pasado a convertirse en un engranaje más

dentro de un sector, que, aunque tradicionalmente estaba situado fuera de los límites de la especulación privada, ha devenido estratégico y recuperado interés para el proceso de acumulación del capitalismo financiero del siglo XXI.

Tras unos meses de extensión en los centros, a primeros de noviembre lanzan en una asamblea en el Colegio de Médicos la propuesta de huelga indefinida "contra las medidas contenidas en el Plan de Sostenibilidad", propuesta que es apoyada mayoritariamente por los asistentes, uniendo en esta genérica reivindicación a votantes confesos del PP y del PSOE entre otros. La frase "nos van a convertir en obreros", gritada por uno de los líderes en esta primera asamblea —afirmación que recibió aplausos enfervorizados y no fue contestada ni criticada por ninguno de los asistentes—, podría resumir parte de los sentimientos y temores generalizados en el sector. En aquellos momentos, casi en solitario, defendimos la necesidad de una huelga unitaria, no por sectores profesionales, y poniendo el foco en la necesaria derogación de la Ley 15/97 para paralizar el proceso de privatización, además de proponer a AFEM la firma de un documento por el que se comprometieran a no suscribir absolutamente ningún acuerdo exclusivo para el sector médico, lo que no aceptaron.

El conflicto salta en una primera fase entre los médicos y sanitarios de seis hospitales de modelo PFI (el resto de categorías ya estaba privatizado) y del hospital de La Princesa. El movimiento, inicialmente espontáneo, rebasa a las cúpulas sindicales instaladas en el conformismo desde hace décadas y a sus delegados de centro (más preocupados por el control de las bolsas de contrataciones y otras migajas ofertadas por la Administración que por los problemas cotidianos de los trabajadores), culminando con la ocupación de los salones de actos de los hospitales, donde los trabajadores se constituyen en asamblea permanente. Sin embargo, la escasa cultura asamblearia y las maniobras de los sindicatos subvencionados van subvirtiendo desde los primeros días el carácter asambleario, modulando el mensaje, bloqueando y prohibiendo las propuestas molestas y dirigiendo el movimiento hacia reivindicaciones desprovistas de cualquier peligro para los propios sindicatos.

En los primeros días se crea una "coordinadora de hospitales" para

organizar los diferentes centros en lucha, que en la práctica se convierte rápidamente en un órgano ejecutivo que toma decisiones al margen de las propias asambleas de hospitales (ya de por sí manipuladas): desde vetar la entrada en sus reuniones a grupos que no comulgan con sus reivindicaciones/intereses, como es la prohibición de que representantes de CAS acudan a las reuniones "porque generan división con sus propuestas", hecho que ocurre en el mes de noviembre en el hospital Infanta Leonor de Vallecas, hasta intervenciones de determinados "líderes" que reconocen que se acude sin acuerdos de la asamblea de su hospital, pero "en su centro se hace lo que él dice, ya les convenceré". Es significativo que algunos de los representantes de hospitales en esta coordinadora coinciden con delegados/afiliados de los mismos sindicatos que, desde 2004, mientras Esperanza Aguirre comenzaba la privatización, llamaban "talibanes" y "radicales" a quienes alertábamos y movilizábamos contra el proceso de privatización.

Ante el impacto mediático del conflicto, aparecen algunos actores en escena: el PSOE, que rápidamente mueve a sus "expertos" para asesorar a los diferentes participantes; la federación madrileña de IU (desaparecida estos años en la lucha contra la privatización y que no consideró necesario participar en ninguna de la manifestaciones contra la derogación de la 15/97…); los sindicatos de la Mesa Sectorial que, desde 2004, han firmado decenas de acuerdos con Lamela y Güemes, incluido el que garantizaba la "paz social" hasta finales de 2007 (tiempo necesario para poner en marcha los hospitales privados); los colegios profesionales de medicina y enfermería, y las sociedades científicas de atención primaria (que habían elaborado con el Gobierno regional del PP el Plan de Mejora de la AP 2006-2009, en el que se recogía la aplicación de la gestión privada en los centros de salud); los jefes de servicio, la mayoría alineados históricamente con posturas conservadoras; los coordinadores de los planes estratégicos (que llevaban años colaborando de forma completamente acrítica en los planes sanitarios del PP); los directores de centros de salud (no olvidemos, cargos de libre designación) que a través de la "Plataforma de Equipos Directivos de Centros de Salud" presentaron más de 300 renuncias, "condicionadas a la publicación en el BOCAM de las licitaciones de los centros de salud", lo que plantea como

mínimo dudas, ya que uno de sus portavoces se manifestó en su momento a favor del modelo privatizador aplicado en Cataluña, las EBAS[118]; y como habíamos dicho, los médicos y sanitarios de los seis hospitales PFI que, en los cinco años que llevaban en aquel momento funcionando dichos centros, no se habían destacado, en su mayoría, por su interés contra la privatización de la sanidad, ya que el silencio ha sido la nota dominante mientras estos centros presentaban innumerables problemas[119].

Todo el espectro anterior conforma la denominada "marea blanca"[120], heterogéneo juego de alianzas entre sectores con intereses contradictorios, cuando no enfrentados, pero que coinciden en una realidad innegable: su ocultamiento de las causas y los responsables de la privatización y, en muchos casos, su silencio frente a la privatización y el deterioro sanitarios realizados por el PP durante los pasados nueve años.

LAS LIMITADAS REIVINDICACIONES PLANTEADAS

La repentina toma de conciencia de la plantilla sanitaria, la firma de manifiestos genéricos en "defensa de la sanidad pública" con grupos que habían colaborado de una forma u otra en el proceso de privatización, sus falsas propuestas de unidad ("reforzar lo que nos une y dejar en segundo plano lo que nos separa", por ejemplo, la necesaria crítica al instrumento de la privatización, la Ley 15/97) nos hicieron poner en entredicho en gran medida la sinceridad de su discurso. De esta forma, durante todo el conflicto se ofrece un discurso antiprivatización genérico: "La sanidad pública no se vende, se defiende", "venden tu hospital", dando a entender que los hospitales eran públicos —cuando ya eran privados desde 2005 cuando se adjudicaron—, además de que en esas fechas las empresas ya habían recuperado incluso el total de la inversión, teniendo aseguradas ganancias durante 30 años[121]. En síntesis, se genera una soflama de fácil consumo, transversal, que evita a toda costa ahondar en las causas del proceso de privatización, y que es asumido por un amplio espectro social de tipo ciudadanista, que incluye desde votantes descontentos del PP a votantes de partidos de izquierdas, o incluso de la izquierda extraparlamentaria.

Las reivindicaciones fueron acomodándose a diferentes intereses; así, en la

primera fase, entre octubre y diciembre, el discurso era "es el momento de la huelga y con la huelga vamos a parar las medidas del Gobierno del PP"; "no hay que reivindicar la derogación de la Ley 15/97, ya que no es ahora lo importante y además desune", estrategia asumida por la Mesa en Defensa de la Sanidad Pública (en la que confluyeron desde los sindicatos subvencionados hasta plataformas y grupos vinculados al 15-M), y por AFEM. No interesaba analizar el proceso de privatización, ya que ello hubiera obligado a denunciar el papel de algunos de los compañeros de pancarta de cabecera en la "marea blanca": desde sociedades científicas hasta sindicatos, sin olvidar al PSOE como partido, que aprobó con sus votos la Ley 15/97 y la aplicó donde gobernó.

Sin embargo, desde el inicio la Consejería se niega a negociar y lanza una campaña de desprestigio contra los sanitarios, a la vez que bombardea a la población con dos mantras: la salvación del sistema solo es posible aplicando recortes y la gestión privada es superior a la pública.

No es hasta la tercera semana de huelga médica de 17 días, que no consiguió paralizar la aprobación por el Parlamento madrileño de las medidas citadas, cuando la Consejería se aviene a sentarse con los sindicatos de la Mesa Sectorial y el "Comité Profesional Médico" (promovido por AFEM y que incluye, además, a representantes del Colegio de Médicos, los jefes de servicio, los coordinadores de los planes estratégicos, las sociedades científicas, los directores de centros de salud…), que aceptan la lógica economicista del poder: los recortes en la sanidad pública son irremediables "dada la situación del país" y, para ello, están dispuestos a colaborar, enterrando cualquier reivindicación que vaya más allá. Se mantiene el discurso contra la entrada de nuevas empresas en el sistema (sin embargo, no se cuestionan las que ya están dentro), pero se pasa a debatir sobre dónde y cuánto recortar y quiénes deben ser los que lo decidan, e incluso se llega a reivindicar ese papel: "Los médicos son los que mejor situados estamos para garantizar la sostenibilidad del sistema", en definitiva: "El recorte basado en una supuesta evidencia científica". A partir de ahí, la Consejería de Sanidad exige propuestas para reducir 533 millones del presupuesto total para 2013, a lo que los sindicatos de la Mesa Sectorial y del Comité Profesional Médico, compitiendo entre ellos, responden con planes de reducción del gasto de 510

millones de euros y de más de 1.100 millones de euros, respectivamente[122].

Por tanto, se asume el discurso del poder de que hay que hacer recortes económicos, cuando somos uno de los países de la UE-15 que menos financiación dedica a sanidad, y, cómo no, se obvia absolutamente la reivindicación del rescate de los centros privatizados[123].

¿POR QUÉ EN ESE MOMENTO Y NO ANTES?

¿Cómo pudieron pasar desapercibidos durante 9 años tanto la apertura de 11 hospitales privados como sus efectos? No parece difícil responder a esta cuestión: mientras el deterioro de la atención sanitaria y la privatización iban avanzando, afectando exclusivamente a los pacientes (lo que pudimos comprobar a través de sus quejas en nuestras consultas, mediante el aumento de las reclamaciones recogidas por la Asociación el Defensor del Paciente, o gracias a las masivas movilizaciones de usuarios producidas entre 2007-2012), los profesionales no se sintieron aludidos. Pero cuando las medidas afectaron ya directamente a las condiciones laborales, al prestigio y a los ingresos, el sector se movilizó.

Son estas razones las que explican tanto el silencio previo como la aceptación de la situación de privatización existente, a la vez que se entona un "no estamos en contra de la sanidad privada, estamos en contra de la privatización de la sanidad pública", como si la sanidad privada no llevara parasitando décadas la pública y viviendo a costa de ella a través de los conciertos[124], propiciando por tanto su deterioro.

Agotada la vía de la huelga, se opta a partir de enero de 2013 por el mantenimiento de las manifestaciones y la incidencia en los "medios de comunicación", a la vez que se pone en marcha la llamada "consulta popular por la sanidad pública", que pese a que logra recoger cerca de un millón de firmas contra "la privatización" (en genérico), tampoco logra frenar el proceso.

A partir de la primavera, con la mayor parte de los profesionales ya desmovilizados, la estrategia se centra en la vía judicial, fundamentalmente contra los aspectos técnicos del proceso de licitación, sobre todo respecto a los posibles incumplimientos de la aplicación de la LCAP[125], ya que el

proceso de privatización es perfectamente legal mientras continúe en vigor la ley 15/97.

Paralelamente, desde la cúpula, el Comité Coordinador Profesional intenta acuerdos con la propia Consejería, hasta el punto de que le envía un "Documento de propuesta de resolución de conflicto sanitario", en el que solicitan que se les permita comenzar a aplicar la gestión clínica en diferentes centros, y proponen "desactivar" el conflicto, carta que curiosamente ha desaparecido de la web de AFEM[126], pero no de la nuestra[127].

En septiembre de 2013, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) dictó un auto en el que ordena la suspensión cautelar del proceso de externalización de la parte sanitaria de los seis hospitales modelo PFI, cuya gestión ya estaba adjudicada a varias empresas, pero sin que los contratos se hubieran firmado. Las razones esgrimidas fueron fundamentalmente la modificación de las condiciones del concurso que hizo la Comunidad de Madrid solo cuatro días antes de que se cerrara el plazo, cuando mediante una corrección de errores en el boletín oficial modificó las garantías que deben depositar las concesionarias (avales para cubrir incumplimientos de contrato y penalidades, daños y perjuicios…) y las redujo a una décima parte (de 233 millones de euros a 28 millones). Hay que resaltar que el TSJ no entró a valorar si la privatización era ilegal, como difundieron muchos medios, sino que se centró en que la modificación del aval impidió la libre concurrencia empresarial (se podría haber impedido a otras empresas menos fuertes optar a ese concurso), es decir, velando por la libertad de empresa, no contra las negativas repercusiones del ánimo de lucro en la asistencia sanitaria.

No obstante, las medidas del Plan de Sostenibilidad continuaron, de forma que en diciembre de 2013 se cede a Cruz Roja, durante 6 años, la extracción periférica de sangre (9,5 millones de euros/año, 67 euros por bolsa); la la vandería central de Mejorada a Flisa, subsidiaria de la ONCE (11,5 millones/año), y las mamografías del PDPCM a la AECC, que posteriormente se las subcontrata a Capio[128] (11,3 millones, 4 años).

En enero de 2014, la sección tercera de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid notifica el mantenimiento de la

suspensión cautelar de la externalización, de forma que, a los pocos días, el presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, ante la imposibilidad material de llevar a cabo el proceso en esa legislatura, anuncia la decisión de dejar sin efecto la externalización de la parte sanitaria de los seis hospitales citados y el consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, presenta su dimisión.

Tras la paralización judicial de esta pequeña parte del Plan de Sostenibilidad, el discurso predominante entre los medios de "deformación de masas" y parte de los sectores sanitarios fue el de que se "había ganado la batalla de la privatización sanitaria". Así, el 11 de abril 2014, AFEM "celebra la decisión de la Consejería de Sanidad de dar por finalizado el proceso de externalización sanitaria, para así poder 'trabajar en lo importante, que es mejorar la Sanidad pública'"[129], mientras que la "Plataforma de Equipos Directivos de Centros de Salud" anuncia que hay que pasar del enfrentamiento a la colaboración con la Consejería de Sanidad y presenta el documento "Propuestas de futuro en la Atención Primaria madrileña"[130].

Sin embargo, en mayo de 2014, el Tribunal Constitucional desestima uno de los recursos contra la ley autonómica que permitía entregar a empresas privadas la gestión de la parte sanitaria de los seis hospitales, considerando que la externalización no es inconstitucional, y recordando "que la legislación estatal permite desde 1997 otras formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud"[131], es decir, mientras no se derogue la Ley 15/97 la privatización no solo es legal, sino que continuará expandiéndose.

Sin embargo, hay pequeñas victorias, por supuesto no todas las que hubiéramos deseado, como ha sido la campaña contra la derivación a centros privados, que pusimos en marcha entre 2010[132] y 2014 con miles de guías repartidos en los centros[133], que ha conseguido suscitar un rechazo de los madrileños a ser atendidos en centros privados, de forma que si en 2005 solo un 10% se negaba a ser operado en centros privados, en 2014 el porcentaje ya era del 65%. La ocupación por vecinos/as y activistas del ambulatorio Federica Montseny en protesta por su intento de privatización, respondida con la intervención de la policía antidisturbios y la detención de 10 compañeros/as, supuso un revulsivo para el barrio, al mismo tiempo que la cúpula de la "marea blanca" guardaba un elocuente silencio.

Es imprescindible señalar otras luchas, como la llevada a cabo en estos últimos dos años por los enfermos de hepatitis C agrupados en la PLAFHC. En diciembre de 2014 se encerraron en el hospital 12 de Octubre de Madrid, reclamando el acceso a los nuevos fármacos (Sofosbuvir) para todos los afectados, reivindicación imposible ya que la empresa que había patentado el fármaco (Gilead) comenzó exigiendo 60.000 euros por tratamiento de 12 semanas, para irlo bajando posteriormente a 25.000 euros, cuando los costes de producción eran de solo 115 euros[134], y en países como India se estaba vendiendo el genérico a 300 euros, en Egipto a 900 euros, lo que permite visibilizar los astronómicos márgenes en los que se mueve el sector de la "farmafia".

Ante las movilizaciones de la PLAFHC, el Gobierno ganó tiempo con la presentación en febrero de 2015 del "Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C", prometiendo "tratar a los enfermos en F 2, F 3 y F 4, así como algunos casos en F 0 y F 1", pero sin dar ni cifras reales de afectados ni plazos, y lo que es más peligroso, sin memoria económica o plan financiero alguno. Este Plan pretendía tratar a los 52.000 pacientes más graves a los precios impuestos por el monopolio. Desde CAS advertimos desde el primer momento de la falta de realidad de este Plan, debido a que, con los precios impuestos por las multinacionales, era imposible tratar a los 700.000 posibles infectados y que cualquier acuerdo con Gilead, aunque supusiera una rebaja sustancial del primer precio, demostraría los intereses coincidentes de políticos y la industria farmacéutica para lucrarse a costa de la enfermedad de cientos de miles de personas.

La Ley de Patentes vigente en aquel momento[135] permitía al Gobierno emitir una "licencia obligatoria"[136] para producir el genérico aunque estuviera patentado por una empresa, incluso sin su consentimiento, debido a necesidades de salud pública, autorizando a un laboratorio nacional para producir el fármaco al precio que estableciera el Gobierno y pagando a Gilead un porcentaje de este precio en concepto de licencia. La misma ley permitía "expropiar por causa de utilidad pública o interés social[137] la patente. También las normas internacionales permiten que un gobierno emita licencias obligatorias para "permitir la producción de un producto patentado por otros o utilizar el proceso patentado sin el consentimiento del titular de la

patente"[138], o incluso importarlo de otro país en una versión genérica.

Existiendo todos estos mecanismos legales, además del aval que daba el reciente fallo de la Oficina de Patentes de la India contra la patente de Gilead Sciences Inc., al demostrarse que los "cambios menores producidos en la molécula no representaban realmente una innovación" que justificara la petición de la patente, lo que permitió a partir de ese momento que las empresas de la India lo comenzaran a fabricar como genérico a un precio de entre 100-220 euros[139], el Gobierno español no dio ningún paso en este sentido, y siguió trabajando en línea de incrementar las fabulosas ganancias de Gilead.

En marzo de 2015, los pacientes abandonaron el encierro de 94 días y continuaron las movilizaciones y presiones hospital por hospital. Es con posterioridad al encierro cuando algunos hepatólogos salen tímidamente a la palestra desautorizando el Plan del Ministerio. Según la PLAFHC, se venían produciendo unas 12 muertes evitables al día y hasta su acción los especialistas no lo habían denunciado públicamente, como tampoco se pronunciaron abiertamente en ningún momento del conflicto reclamando la fabricación del genérico como única vía para garantizar "tratamiento para todos".

En enero de 2015, CAS había registrado una carta dirigida a todos los partidos políticos, exigiéndoles el compromiso por escrito para "poner en marcha, en el caso de que alcancen responsabilidades de gobierno, un sistema farmacéutico público de investigación, producción y distribución, que permita fabricar directamente los medicamentos que han perdido la patente, así como aquellos que, sin haberla perdido, sean considerados necesarios por motivos de salud pública". Otras medidas propuestas en el escrito eran: la dispensación directa en los centros sanitarios de los medicamentos prescritos en el sistema "público"; la exclusión del Registro de aquellos medicamentos de eficacia dudosa u obsoletos; la derogación de todas las normas que imponen el copago, tanto hospitalario como a los pensionistas, aparte del incremento de la aportación de los activos; el compromiso de facilitar medicamentos gratuitos a todas las personas desempleadas y la financiación por el sistema de todos los medicamentos admitidos en el Registro. Nuestra propuesta, titulada "Por una política del medicamento al

servicio la salud de las personas, no de las multinacionales"[140], no recibió más que el silencio de los partidos, incluidos aquellos que prometían una "nueva política".

Con el paso de los meses y con una pequeña parte de los afectados tratados, la lucha de los pacientes aquejados por la hepatitis C, que desgraciadamente nunca quisieron asumir como reivindicación central la lucha por el genérico y contra la patente, fue decayendo y volviéndose residual, desperdiciando la única posibilidad en años para cuestionar el inmenso poder de las multinacionales de farmacia en el Estado español. En octubre de 2016, el Ministerio de Sanidad anunció que habían sido tratados cerca de 60.000 pacientes, pero ocultando las cantidades desembolsadas, que posiblemente superen los 1.000 millones de euros, cuando con la emisión de licencia obligatoria y la fabricación del genérico se podría haber reducido a unos 12 millones de euros[141]. Varios cientos de miles de personas posiblemente estén infectados en estos momentos sin conocerlo, y sin ningún plan previsto para ser estudiadas.

En el ámbito estrictamente laboral, en estos años se ha producido una importante disminución de plantillas en el SERMAS[142], que ha pasado de 76.539 trabajadores en el año 2008 a 69.605 en mayo de 2016, casi 7.000 trabajadores menos en 8 años de ajustes, aparte de una temporalidad media del 35% (un 40% en médicos especialistas), aunque en algunas categorías alcanza el 85%, lo que confirma un deterioro planificado de las condiciones laborales, con un aumento indiscriminado de las cargas de trabajo y el consiguiente aumento de listas de espera y disminución de calidad para los pacientes.

Frente a este cuadro, los partidos políticos de la oposición se han limitado a aprobar varias PNL (proposiciones no de ley) en la Asamblea de Madrid: desde la "reversión del hospital PPP de Villalba a la gestión pública"[143] (propuesta del PSOE, el mismo partido que años atrás había exigido y promovido la construcción de este hospital) hasta el Acuerdo para "despolitizar la gestión sanitaria[144], algo imposible si no es a través de la participación real de la población[145], pasando por una supuesta "descentralización de la atención primaria"[146], que curiosamente no incluía la anulación del área única[147], o la vuelta a manos públicas tras la

finalización de la concesión del "Call center" [148]. En todos los casos, pese a haber sido aprobadas por mayoría en el Parlamento autonómico, el PP se ha encargado de no aplicarlas, lo que permite visibilizar las posibilidades reales de cambios vía parlamentaria.

Por otra parte, a pesar de que en 2013 enviamos cartas a la Consejería de Sanidad denunciando la posible aplicación de incentivos perversos, ligados a la reducción del gasto por paciente, en los hospitales PPP[149], así como posibles deficiencias en el funcionamiento de los servicios de anestesia de estos mismos hospitales, la Consejería no se dio por aludida y guardó silencio. En 2016, volvimos a remitir las mismas cartas, esta vez en conjunto con la Asociación el Defensor del Paciente, al nuevo consejero de Sanidad solicitando una entrevista, que tampoco contestó ni se prestó a recibirnos.

En otro orden de cosas, la filtración, posiblemente interesada, de varios escándalos, como los del servicio de Anatomía Patológica del hospital Gregorio Marañón, que venía siendo utilizado desde hace décadas para procesar muestras de hospitales privados[150], así como el negocio con las muestras de biopsias de los pacientes[151], dan una idea de la absoluta falta de control y transparencia existente en el sector, ya que si eso ocurre en los centros de "gestión directa", ¿qué no ocurrirá en los de gestión privada?

SITUACIÓN ACTUAL

Ni en el Estado español ni en la Comunidad de Madrid es posible acceder libremente a los datos desagregados que permitan una evaluación objetiva de la situación y del funcionamiento real del sistema sanitario, dado que hay consenso político para no permitir el acceso a esta información. Sin embargo, y pese a la débil cultura de realizar reclamaciones escritas por parte de los pacientes, hemos valorado los datos difundidos por la Asociación el Defensor del Paciente, asociación independiente que no recibe ni subvenciones ni ningún tipo de financiación por parte de la Administración o empresas.

Según sus memorias, en los últimos años las reclamaciones y demandas por mala praxis se han triplicado en todo el Estado. En 2010 recibieron 12.162 reclamaciones, de las cuales 554 habían sido con resultado de muerte. En 2011 el número de posibles negligencias en España se

incrementó considerablemente, con 13.010 casos (848 casos más que en 2010), de los cuales 603 han sido con resultado de muerte (49 casos más que en el año anterior). En 2012, el número continuó incrementándose hasta 13.782 casos (772 más que en 2011), de los cuales 692 fueron con resultado de muerte (89 casos más que en 2011). Durante 2013 continuó aumentando (14.307 casos, 525 más que en 2012), de los cuales 798 habían sido con resultado de muerte (106 casos más que en 2012). En 2014 siguieron ascendiendo (14.749 casos, 442 más que en 2013), de los cuales 835 han sido con resultado de muerte (37 casos más que en 2013). En 2015 el número descendió ligeramente, aunque los datos no eran nada satisfactorios, ya que se recibieron un total de 14.430 casos (319 menos que en 2014), de los cuales 806 han sido con resultado de muerte. En 2016 el número volvió a subir a 14.802 casos (372 más que en 2015), de los cuales 841 han sido con resultado de muerte (35 más que en 2015).

Según esta asociación, si las Consejerías de Sanidad y el Ministerio de Sanidad facilitaran datos reales de los fallos a la opinión pública, se podría comprobar que sus cifras se quedan cortas. En otros países de nuestro entorno en los que existe una mínima transparencia, hemos visto cómo en el Parlamento británico David Cameron, el primer ministro, pedía perdón públicamente por las negligencias producidas durante la última década en el National Health Service, que se tradujeron en la muerte innecesaria de más de 20.000 pacientes. A principio de 2014, la aseguradora germana AOK publicó un informe estableciendo que alrededor de 19.000 personas morían al año en Alemania a causa de errores médicos en hospitales y otros 190.000 pacientes sufrieron perjuicios en su salud por la mala praxis del sistema y los facultativos, mayoritariamente durante intervenciones quirúrgicas.

Atendiendo a uno de los pocos datos accesibles a nivel global, la lista de espera quirúrgica, pese a la apertura de los 11 hospitales privados y el incremento año tras año de los conciertos con los privados "puros", no ha hecho más que aumentar hasta sobrepasar, en septiembre de 2016, los 83.432 pacientes, una cifra récord desde que hay registros[152], y que supone 48.000 pacientes más que en 2005, cuando comenzó el proceso de privatización, momento en el que solo había 35.000 pacientes en espera de intervención quirúrgica[153]. En lo que respecta a la lista de espera diagnóstica,

no es posible acceder a ningún dato a pesar de existir un sistema de registro, dado que está exclusivamente en manos de la Consejería de Sanidad.

TABLA 1

MADRID: CENTROS Y SERVICIOS PRIVATIZADOS (I) A PARTIR DE 2004[1]

HOSPITALES	MODELO	AÑOS DE CONCESIÓN[2]	PROPIETARIOS	PARTIDOS POLITÍCOS QUE CEDIERON EL TERRENO
Aranjuez	PFI	30 (hasta 2035)	Hispánica-Essentium[3]	PSOE-IU
Arganda	PFI	30 (hasta 2035)	FCC-OHL-Bankia	PP
Coslada	PFI	30 (hasta 2035)	Sacyr Vallehermoso-Tesla-Valoriza	PP-PIC (escisión de IU)
Majadahonda	PFI	30 (hasta 2035)	Dragados	PP
Parla	PFI	30 (hasta 2035)	Sacyr Vallehermoso-Tesla-Valoriza	PSOE
S. S. de los Reyes	PFI	30 (hasta 2035)	Acciona	PSOE-PP-IU-Izq. Independiente
Vallecas	PFI	30 (hasta 2035)	Begar-Ploder-CajaMar	PP
Valdemoro	PPP	30 (hasta 2036)	IDC Salud (Capio)	PP
Móstoles	PPP	30 (hasta 2040)	IDC Salud (Capio)	PP
Torrejón	PPP	30 (hasta 2039)	Sanita4	PP
Villalba	PPP	30 (hasta 2040)	IDC Salud (Capio)	PSOE

1. Todos los hospitales abiertos por la Comunidad de Madrid a partir de 2004 están en manos de empresas privadas (en unos casos está privatizada la propiedad del edificio y el equipamiento básico, además de los mal llamados "servicios no sanitarios" —modelo PFI—; y en otros —modelo PPP— está privatizada también la parte asistencial).
2. Prorrogables otros 30 años (hasta 2065).
3. En 2009, el dueño de Hispánica, imputado en la trama Gürtell, vendió su empresa para hacer frente a los pagos con Hacienda. Lo compra Essentium-Assignia Infraestructuras y mantiene el 40% del accionariado.
4. En 2012, Sanitas compra su parte a Ribera Salud.

Actualmente, pese a la labor de los grandes medios de desinformación, y tras 12 años de contrarreforma sanitaria, la situación en la Comunidad de Madrid no es halagüeña. Hay 7 hospitales de modelo PFI en manos privadas durante 30 años (aunque puede aplicarse una prórroga de otros 30) y 4 hospitales de modelo PPP, también en manos privadas, durante 30 años. En ambos casos han ido absorbiendo la actividad más rentable y menos compleja de sus zonas de influencia, mientras se incrementaban sus presupuestos año tras año. Entre tanto, los hospitales de gestión directa se han visto obligados

a, con cada vez menores presupuestos, atender a los pacientes "no rentables" o más complejos. En el cuadro adjunto pueden apreciarse los años de concesión, los propietarios y los gobiernos municipales que cedieron el terreno para construir estos centros privados.

Hay otra serie de centros privados que parasitan los presupuestos públicos, como es el caso de la Fundación Jiménez Díaz (reflotado en las últimas décadas varias veces con dinero público), a la que se le cedieron dos ambulatorios propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social para su explotación privada; el Laboratorio Central, el "Call Center" (imprescindible para derivar a los pacientes rentables a los centros privados), cuya concesión finalizó en abril de 2016 y fue prorrogada varios meses sin nueva licitación por medio[154], hasta que en noviembre de 2016 se extendió la privatización durante tres años más, pese a lo aprobado en la Asamblea de Madrid[155]; la lavandería central, la extracción periférica de sangre, la limpieza, las mamografías "preventivas" a las que son invitadas cada dos años 600.000 mujeres (en la mayoría de los casos innecesarias) en centros privados, los sistemas informáticos, etc., muchos de estos servicios privatizados con posterioridad a la "marea blanca".

TABLA 2
MADRID: SERVICIOS PRIVATIZADOS (II) A PARTIR DE 2004

CENTROS O SERVICIOS	MODELO	AÑOS DE CONCESIÓN	PROPIETARIOS	GOBIERNO QUE APROBÓ LA ADJUDICACIÓN
Laboratorio de S. S. de los Reyes	Concesión servicio	8+2 (hasta 2018)	Ribera Salud-Unilabs	PP
Call Center	Concesión servicio	4+2+3 (hasta 2018)	Indra BMB-Indra Sistemas	PP
Fundación Jiménez Díaz	Concierto singular	10 (hasta 2017)	IDC Salud (Capio)	PP
Ambulatorio Pontones	Cesión	Cedido en 2006	IDC Salud (Capio)	PP
Ambulatorio Quintana	Cesión	Cedido en 2006	IDC Salud (Capio)	PP
Lavandería Central	Contrato de servicios	4+2 (2013 a 2020)	UTE FUNDOSA Y LAUNDRY	PP

Extracción periférica de sangre	Convenio específico	6 (2014 a 2019)	Cruz Roja	PP
Limpieza primaria	Contrato de servicios	3 (2013 a 2016) Opción a prórroga hasta enero de 2019	Ferroser	PP
Limpieza especializada	Contrato de servicios	3 (2013 a 2016)	Ferroser y Clece	PP
Sistemas informáticos	Múltiples contratos de servicios	Históricamente ha estado en manos privadas	Acenture-PwC-Indra-Fujitsu-Telefónica-Siemens-HP-Phillips.....	PP
Mamografías 1	Gestión de Servicios Públicos (Acuerdo Marco)	4 (2014 a 2018)	Diferentes hospitales y clínicas privadas	PP
Mamografías 2	Acuerdo	4 (2012 a 2016)	AECC y Quirón Salud (Capio) (Mamobuses)	PP

TABLA 3

CANTIDADES PAGADAS[1] EN DIEZ AÑOS A LAS EMPRESAS PROPIETARIAS DE LOS SIETE HOSPITALES PFI (CONCESIÓN A TREINTA AÑOS)

INVERSIÓN DE LAS EMPRESAS, CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO BÁSICO:	LO QUE CADA AÑO HA PAGADO LA COMUNIDAD DE MADRID										TOTAL PAGADO POR EL ALQUILER, EN 10 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO:
	2007[2]	2008	2009[3]	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
769	44	89	144	139	154	164	154	160	159	158	1.365

1. En millones de euros.
2. En 2007, sin estar abiertos, las empresas recibieron 44 millones de euros.
3. El Hospital de Majadahonda no abrió hasta 2009.

En definitiva, y como ya advertimos en 2005, este modelo hospitalario ha supuesto una bomba de relojería para las arcas públicas, ya que los costes finales de estos centros cuando venza la concesión (si no se prorroga otros 30 años) serán exorbitantes. Ya en 2016, tras solo nueve años de funcionamiento, las empresas concesionarias han recibido alrededor de 1.365 millones de euros, casi el doble de la inversión realizada (769 millones). Hasta 2037,

podrían recibir más de 4.000 millones de euros, es decir, 6 veces la inversión realizada.

TABLA 4

CANTIDADES PAGADAS[1] EN DIEZ AÑOS A LAS EMPRESAS PROPIETARIAS DE LOS CUATRO HOSPITALES PPP (LA CONCESIÓN ES A TREINTA AÑOS)

INVERSIÓN DE LAS EMPRESAS, CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO:	LO QUE CADA AÑO HA PAGADO LA COMUNIDAD DE MADRID[2]										TOTAL PAGADO EN 10 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO:
	2007[2]	2008	2009	2010	2011[3]	2012[4]	2013	2014	2015[5]	2016	
644	13	27	35	37	42	215	249	249	300	300	1.467

1. En millones de euros.
2. En 2007 Valdemoro recibe 13 millones, a pesar de que solo funciona un mes ese año. "Éxito de los nuevos hospitales: empiezan a ganar dinero sin atender pacientes" (disponible en http://casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=comunicados&id=14&limit=&titulo=COMUNICADOS).
3. De 2007 a 2011 solo estuvo abierto Valdemoro.
4. En 2012 abren los hospitales de Torrejón y Rey Juan Carlos de Móstoles.
5. En 2015 abre Villalba.

En el caso de los hospitales PPP, a los sobrecostes se une su inferior calidad y peligrosidad para los pacientes. Hay diferentes estudios que demuestran que la mortalidad en los centros con ánimo de lucro es superior a un 2%, 8% y 9,5%, en adultos, pacientes crónicos y recién nacidos, respecto a los no lucrativos (Devereaux, 2002a; Devereaux, 2002b).

En lo que respecta a sus costes, frente a 644 millones de euros de inversión, en 9 años las concesionarias ya han ingresado el doble, y eso que solo a partir de 2015 comenzó a funcionar el último de ellos. Según los acuerdos de adjudicación, estaba previsto que ingresaran en 30 años la cantidad de 7.564 millones de euros[156], más que el presupuesto total del SERMAS en un año. Sin embargo, estas cifras son engañosas, ya que el pago por persona asignada ha ido subiendo escandalosamente; por ejemplo, Valdemoro pasó de 330 euros por persona en 2008 a unos 440 en 2016, es decir, un aumento del 33%. Por otra parte, estos centros reciben miles de pacientes que son derivados desde los centros "públicos" para realizarse en ellos intervenciones poco complejas y pruebas diagnósticas, es decir, lo rentable, por lo que tienen otra vía de ingresos prácticamente imposible de cuantificar dada la falta de acceso a la información de la facturación

intercentros (muy recientemente, en 2015, la Consejería de Sanidad ha colgado en su "portal de transparencia" unas auditorías de estos centros… en las que no aparecen datos económicos, como era de esperar).

En el momento del cierre de este artículo, 12 años después del inicio del proceso de deterioro y privatización del SERMAS, ningún grupo político o profesional se cuestiona siquiera el estudio de la necesidad real de los centros privatizados que hemos ido describiendo, y menos aún el rescate y vuelta a manos de la Administración de los que fueran necesarios. Cerca de dos millones de personas de Madrid están asignados a centros propiedad de empresas privadas, lo que conforma un cuadro poco esperanzador, y nos hace pensar que, o hay concienciación y movilización sostenida de la población para lograr descentralizar el sistema y ponerlo en manos de quienes lo mantienen con sus impuestos, o asistiremos a la continuación del desmantelamiento planificado del sistema, que se transformará paulatinamente en un sistema de beneficencia, o lo que es lo mismo, la creación de un sistema de dos velocidades: uno para aquellos que pueden pagarse un seguro privado y otro para el resto de población, excluidos y trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

Devereux, P. J. (2002a): "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals", *CMAJ*, 28 de mayo.

— (2002b): "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis", *JAMA*, 20 de noviembre, 288(19), pp. 2449-2457.

CAPÍTULO 3

CATALUNYA EN PROCESO DE DESPRIVATIZACIÓN

RAMON SERNA I ROS

INTRODUCCIÓN. SIETE AÑOS QUE PARECEN MUCHOS MÁS

Después de escribir el capítulo de Cataluña en "¿Por nuestra salud?", a finales de 2009, fue una enorme satisfacción para mí que lo leyeran y me consultaran al respecto personas que no conocía y que enseguida se convirtieron en compañeras de investigación y de lucha. La satisfacción de haber contribuido al conocimiento del modelo sanitario catalán, y especialmente la divulgación, a mi manera, del concepto de "mercado relacional"[157] explicado por Raquel Gallego (2000), cada vez más compartido, así como mi compromiso en la lucha por una sanidad 100% pública hicieron que, cuando CasMadrid me propuso actualizar aquel trabajo, la respuesta fuera un sí inmediato.

Hace siete años, expliqué la génesis del modelo sanitario catalán. Decía que en Cataluña, en el momento de las transferencias (1981), había muy pocos hospitales de la seguridad social, del llamado INP, dado que ya existían muchas infraestructuras en manos de entes locales, mutuas, órdenes religiosas… y siempre había sido más fácil contratarlas que edificar otras nuevas. Este hecho, unido al talante neoliberal de las nuevas elites sanitarias

que fomentaban la huida del derecho administrativo, llevó a la creación de redes de atención sanitaria de utilización pública en las que se extendía el control privado y/o los mecanismos de gestión privada de los centros bajo diferentes formas legales, básicamente consorcios, empresas públicas y fundaciones. Contradictoriamente, las instancias oficiales negaban, y siguen negando, cualquier nivel de privatización en este conglomerado público-privado, defendiendo que es plenamente público porque el enfermo no ha de efectuar pagos adicionales, al tiempo que ensalzan las ventajas de la colaboración público-privada. La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya, de 1990, implantó un Servicio Catalán de la Salud que nada tenía que ver con lo ordenado en la Ley General de Sanidad, dado que su función era exclusivamente la de comprador de servicios, la contratación de proveedores, de acuerdo con los preceptos de la Nueva Gestión Pública (NGP).

Atendiendo al título del capítulo, "Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán", puse en evidencia lo poco que tenía de izquierdas continuar con un modelo neoliberal. Algunos hechos, como que no se pusiera en marcha durante los siete años (2004 a 2010) de los dos gobiernos tripartitos (PSC, ERC, ICV-EUiA) ninguna nueva EBA (entidades de supuesta base asociativa para practicar una supuesta autogestión de la atención primaria), podría indicar un cierto cambio de rumbo, pero fácilmente se veía que este seguía siendo el mismo, o peor, con actuaciones que la derecha (CiU) no se había atrevido a poner en práctica. Por ejemplo, una ley del ICS (Instituto Catalán de la Salud) que pretendía liberalizar la gestión de este sucesor del Insalud en Cataluña, aunque en la práctica no se haya desarrollado, y un modelo PFI, inédito en Cataluña, en la construcción del Hospital Moisés Broggi, aparte de la continuidad de fenómenos de corrupción y de cesiones a la iniciativa privada que hemos conocido más detalladamente después. En definitiva, quedó claro que el modelo tenía un alto consenso entre las elites económicas y políticas, y que se consolidó lo que se ha convenido en llamar "sociovergencia", atendiendo a los principales, no únicos, partidos que lo desarrollaron. Con pocas excepciones, los gerentes de los centros no cambiaban con la alternancia política, aunque algunos experimentos, por costosa que hubiera sido su implementación, como es el caso de los "gobiernos territoriales de salud", se borraran de un plumazo

con la recuperación del poder político por parte de CiU.

Esta no será una actualización desde la nada. En agosto de 2012, Albano Dante, David Vidal, Miquel Miras y yo, bajo la inspección de Joan Benach, ya hicimos una: "¿Quién y cómo privatiza nuestra sanidad? Por un modelo sanitario (catalán) sin corrupción", que es imprescindible leer como complementaria a este escrito. En abril de ese año había salido *La sanidad está en venta* (Benach, Muntaner, Tarafa y Valverde, 2012). En febrero de 2014, la CUP editó un libro con cantidad de artículos interesantes: *El precio de la salud. Intereses de clase y modelo sanitario.* Y en diciembre de ese año salió *Privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya. Impacto de las medidas de "austeridad"*[158].

Hace seis años nos quejábamos, pero no esperábamos ir a peor, ni mucho menos de una manera tan brusca. No esperábamos que la corrupción que ya sabíamos que existía fuera tan descarada, ni unos recortes tan clasistas, ni que nuestras luchas fueran tan infructuosas a corto plazo. Estábamos acostumbrados a las mentiras de los políticos, pero ahora se nos hacían de muy mal gusto al ver que no era verdad que aquel recorte sería el último y que sus informes contenían mentiras como puños. Aunque se haya repetido hasta la saciedad que la crisis empezó en 2007, no afectó a los servicios públicos hasta el tijeretazo de Zapatero, en mayo de 2010. No fuimos avisados de su llegada por esos sabios sesudos que están en todos los consejos, como nuestro temible Guillem López Casasnovas, consejero del Banco de España y con mil oficios más, que, eso sí, enseguida nos orientó con soluciones como el copago o despedir a los funcionarios por su baja productividad.

La situación en Cataluña no ha venido solo condicionada por los recortes neoliberales, realizados con idéntico ánimo privatizador por los gobiernos estatales y nacionales (Cataluña), sino que se ha entrelazado con "la cuestión nacional" y ha definido dos caminos en la lucha de quienes defendemos lo público: el de quienes pensamos que no existen perspectivas de cambio social sin independencia y que esta no es posible sin expectativas de cambio social, porque sin ellas no tendrá suficiente apoyo real, y el de quienes, desde posiciones supuestamente revolucionarias, dicen que no confían en la independencia, o simplemente no la quieren porque en realidad no quieren

muchos cambios. Un mes después del "zapaterazo", el Tribunal Constitucional anuló 14 artículos del Estatuto aprobado por el Parlamento catalán, y el hecho tuvo sus consecuencias. Inmediatamente en la calle, pero no a nivel institucional porque CiU continuó pactando con el PP y con el PSOE hasta su conversión al independentismo y continúa votando con ellos y con Ciudadanos cuestiones antisociales y montando verdaderos escándalos mediáticos cuando el voto de la CUP coincide con el de alguna formación no independentista. La conversión es interesada, pero ha contribuido a plantear lo que se conoce como el *procés*, que ahora prepara la ruptura con el Estado. También es tardía, lo que demostraría que ni CiU ni sus intereses son el centro del proceso, aunque artificialmente estén prolongando su hegemonía, su agonía. El título que he puesto a este escrito tiene una dosis de ironía relacionada con la desprivatización pasada por agua que ha iniciado el nuevo *conseller* Toni Comín, aunque no por ello ha dejado de recibir críticas de los poderes fácticos, y una dosis de esperanza, la que nos da el momento que vivimos en Cataluña.

Hace siete años anuncié el proyecto de un observatorio. Seguro que, si hubiéramos esperado al 15-M, sería compartido, pero hay lo que hay. La mayoría de los enlaces que podréis seguir en la versión digital de este trabajo os llevarán a él. Se agradecerán comentarios sobre el mismo. Valga decir que escribo desde la libertad que me da el hecho de estar ya jubilado, sin deberme tanto a la disciplina del único sindicato que he conocido, CATAC-CTS/IAC, libertad que tampoco se ve coartada por el hecho de militar ahora en la CUP. He de pedir disculpas por la extensión del escrito. El encargo se me hizo con tiempo más que suficiente y no me he resistido a incluir detalles que considero importantes. Y una última explicación, que no justificación: si utilizo términos despectivos hacia determinadas personas o entidades, lo hago intencionadamente, como respuesta al enfrentamiento de clase por ellas declarado.

EL DESCONOCIMIENTO DEL MODELO SANITARIO CATALÁN

El desconocimiento sobre Cataluña y su modelo sanitario sigue siendo profundo y hace que pasen desapercibidos importantes errores no solo para

los medios y para la población, sino incluso para entes especializados. Por ejemplo, el "Análisis de situación 2015" del IDIS es un nido de confusión para entender lo que es público y lo que es privado en Cataluña. Habla de 32 centros privados concertados y luego los identifica con los que tienen participación mayoritaria de la Generalitat. Imposible. Tampoco las estadísticas que corren permiten distinguir la complejidad de las entidades gestoras de la sanidad catalana. Cuando dicen que esta está privatizada al 25%, incluyen los entes público-privados. Y cuando se dan cifras que rondan el 50%, se refieren al porcentaje del presupuesto que se ejecuta mediante todo tipo de adjudicaciones. Como nos puede ser de utilidad para vislumbrar las posibilidades prácticas del cambio de modelo que queremos, he elaborado un cuadro de los centros de internamiento de agudos del SISCAT (Sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña), ordenados por su grado de participación pública. De los 67 "centros", 31 son de propiedad 100% pública (15 solo de la Generalitat, aunque solo 8 de ellos con gestión administrativa, 7 de administraciones locales y otros 9 combinados, con mayoría de la Generalitat, incluyendo una universidad en el caso del Clínic), pero hay otros 18 con un componente mayoritario público (6 de ellos de entidades locales, 7 de la Generalitat y 5 con la suma de ambas). En 3 centros hay un empate entre la composición pública y la privada, sin que ello haya ocasionado ningún conflicto importante. La dimisión de un canónico en señal de oposición a la realización de vasectomías en el Hospital de Sant Celoni no lo es; es mucho peor que pacientes de la sanidad pública hayan de soportar crucifijos en la cabecera de su cama cuando les toca un centro de la Iglesia. En otros 5, el componente público es minoritario, y 10 son de propiedad y gestión privada (4 religiosa, 2 mutual, 2 fundacional y 2 mercantil). Cuando el IDIS habla de 32 centros privados con concierto, ¿a qué combinación de ellos se está refiriendo?

Otro ejemplo que se repite son las referencias equívocas al número de empleados públicos. Más allá del desconocimiento generalizado de la existencia del personal estatutario, diferenciado del funcionario, las estadísticas comparativas entre comunidades autónomas no tienen en cuenta que una enorme parte del personal del SISCAT, todo el que no es del ICS, es laboral, pero no por ello quiere dejar de ser considerado empleado público,

luego veremos cómo. La falta de especificación de estos detalles facilita que cada cual utilice las estadísticas a su conveniencia. Tanto sirven para atribuir el déficit de "funcionarios" al ahogo al que nos tiene sometido el Estado como para demostrar la eficiencia de los catalanes, cuando en realidad solo demuestran la adhesión de los gobiernos catalanes a las tesis neoliberales de progresiva destrucción de lo público.

El desconocimiento del modelo catalán por parte del PP vendría demostrado por las previsiones de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL), cuando dice que el personal de los consorcios ha de tener el régimen jurídico de la Administración a la cual están adscritos, y sus cargos directivos, sus mismos límites salariales. Coincidiremos en que la hipótesis de que el PP quiera ampliar el modelo estatutario no es plausible. Aunque no existe constancia de un acuerdo como tal, algo dieron de sí las entrevistas entre Ana Mato y Boi Ruiz cuando ni una cosa ni la otra son normas efectivas. La huida del régimen administrativo es común a las derechas y a muchas denominadas izquierdas, de todas las naciones. Parece increíble que esto no lo entendiera Daniel de Alfonso cuando se vanagloriaba ante Fernández Díaz de haber destrozado el sistema sanitario catalán. No cabe duda de que se refería al modelo de gestión, no al sistema, y menos a la sanidad, que fue lo que, de manera oportunista, influenciada por defensores del modelo, utilizó la ANC para su campaña de plantar cruces por toda Catalunya con el INRI "Sistema Sanitario Catalán" atacando al Estado como único culpable. Como era de esperar, semejante inconsistencia discursiva sirvió en bandeja respuestas de los compañeros del ámbito político de "los comunes" como Toni Barbarà y Albano Dante, también oportunistas por cuanto aprovechan su crítica para descalificar el *procés*. La sanidad la han hundido, o intentado hundir, el tándem de buitres CiU y PP con colaboraciones diversas. En cuanto al modelo de gestión, ¿qué más hubiéramos querido que alguien lo hubiera destrozado? Lejos de atacar un modelo al que el propio PP se había sumado con la Ley 15/97, lo de De Alfonso es un simple farol para acreditarse ante las cloacas del Estado. No destrozó nada. Quienes hemos puesto en cuestión el modelo, que nada tiene que ver con destrozar, somos la gente que defendemos la sanidad pública.

No de desconocimiento sino de cinismo son muestra las palabras de

Ramon Cunillera, director general de la patronal CSC, nido de la sociovergencia, el *conxorxi* para los amigos (seguir la secuencia "consorcio = *consorci-conxorxi-conxorxa* = conchabamiento"), cuando dice que más de un centro concertado hará un ERE, pero no los del ICS porque su personal es funcionario. Aparte de la machacona utilización despectiva del término funcionario, muy extendida en los medios que nos quieren ignorantes, sabiendo que ha de decir estatutario, ¿qué sentido tiene, si no es confundir, en boca de una persona que sabe que la reducción de plantillas del ICS será intencionadamente mayor que la de la sanidad concertada? El ICS no necesita hacer ERE para despedir personal, además sin tenerlo que indemnizar aunque lleve más de 10 años continuados trabajando, esa es una de las grandes ventajas de los "funcionarios": basta con no renovar contratos eventuales y no sustituir (veremos cómo cambian la situación las sentencias europeas al respecto). Además, lo dice en febrero de 2011, coincidiendo con el anuncio de que los presupuestos recortarán un 10% al ICS cuando el recorte global de salud será "solo" del 6% y, por lo tanto, el que corresponde a la sanidad concertada será inferior. El ICS pronto consolidaría una reducción de 5.659 puestos de trabajo, el 13,6% de su plantilla, mientras que la que hacen los centros concertados es imposible de conocer, toda una muestra de la opacidad y el descontrol del "modelo".

EL RITMO Y LA INTENSIDAD DE LOS RECORTES EN CATALUÑA

LOS ÚLTIMOS DÍAS DE MARINA GELI

A finales de 2009 todavía quedaba un año largo de la "socialista" Marina Geli, un año de continuidad de su política neoliberal. Continuó haciendo, como entonces decíamos, lo que no se había atrevido a hacer la derecha. La lió gorda con la gripe A y, para demostrar que en Cataluña nos adelantamos a todo, empezó un mes antes del "zapaterazo" su campaña de concienciación sobre la necesidad del copago, más allá de las recomendaciones del informe Vilardell. Tan pronto como Zapatero cogió la tijera, nos dijo que recortar 423 millones del presupuesto sanitario catalán no afectaría a los usuarios. Dicho recorte no se computa en los recuentos, dado que el presupuesto de 2010 fue

publicado antes del zapaterazo y, posteriormente, rebajado y modificado en el DOGC.

Hay que decir que, por primera vez, y de acuerdo con los criterios del SEC-95 (Sistema Europeo de Cuentas), los presupuestos de 2010 incluyen entidades sobre las que la Generalitat no ejerce un control efectivo. Es decir, queda al descubierto la deuda pública que las administraciones han estado ocultando con fórmulas público-privadas. Miquel Arrufat, gerente del Consorci Sanitari Integral me explicó personalmente que esa ocultación era una de las justificaciones del modelo PFI seguido en la construcción del Hospital Moisès Broggi. Josep Maria Via, un peligroso elemento que citaré repetidamente, ha estado luchando con más ahínco que nadie contra las intenciones iniciales de la LRSAL, coincidentes con estas normas europeas, por cuanto disminuyen la mal entendida "autonomía de gestión", objetivo clave del modelo catalán. Bonita la palabra autonomía, lástima que solo la quieran para los gestores. Esa autonomía ha permitido que los costes de la construcción recién comentada se dispararan un 111% en cinco años sin que el hecho se haya observado hasta hace poco.

En enero de 2010, Geli reclamaba a los empresarios más valentía para invertir en sanidad —porque "nosotros pagamos, y pagamos bien"— y en agosto se puso al lado de Ballesteros, alcalde de Tarragona, en su proyecto de conformar un consorcio que unificara todos los servicios sanitarios, públicos y privados de la comarca, empezando a configurar las "alianzas estratégicas" que luego plasmaría el Gobierno convergente. Eran los últimos coletazos de una política que hacen mejor las derechas. Si vas a hacer políticas de derechas, déjalas en manos de CiU, dijeron los catalanes. Y si además no sabes defender la autonomía de Cataluña de tus propios correligionarios y dices que "no es el momento de que el pueblo decida lo que quiere"…

EL GOBIERNO DE LOS MEJORES Y EL DE LOS MISMOS

El nuevo Gobierno, autoproclamado "de los mejores", puso al zorro a guardar a las gallinas. Boi Ruiz dirigió la política de recortes y privatizaciones durante los largos cinco años de los dos gobiernos de Artur Mas. Las palabras profundas del presidente "Nada volverá a ser como antes" confirman las

intenciones —"Nada ha de volver a ser como antes"— ya expresadas por Xavier Pomés, hombre fuerte del régimen que, en el periodo que nos ocupa, ha llegado a encabezar simultáneamente tres de los mayores hospitales de la Región Sanitaria Barcelona —el Clínic, Sant Pau y Sant Joan de Déu— sin dejar abandonados sus intereses en empresas privadas. Palabras que Jordi Garcia-Petit explica diciendo que, en el fondo, la derecha siempre ha considerado el Estado de bienestar como un patinazo del poder, como un error histórico. Seguramente sin haber leído al malvado Josep Maria Via i Redons, que coreó las palabras de Mas diciendo que no podíamos seguir planteándonos el Estado de bienestar porque, desde Mayo del 68, había llovido mucho y que el muro de Berlín ya había caído, en un artículo publicado por el *conxorxi*, ahora desaparecido de su web, que no copié y deberíamos recuperar.

En febrero de 2011, el Gobierno de la Generalitat acuerda suspender "provisionalmente" las ofertas de empleo público. En marzo presenta un plan de acción inmediata "para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público y mantener la calidad asistencial" (¿cómo es posible que aún haya quien crea a Pilar Rahola defendiendo a Boi Ruiz como salvador del sistema sanitario público?) y, ante las respuestas irritadas a similar eufemismo, espera a que pasen las elecciones municipales para continuar en junio con la bonificación de las herencias para que no se dijera que todos los recortes vienen de Madrid; en julio, con los presupuestos de ese año que rebajan el ya citado 6% los de 2010 (casi 600 millones menos en sanidad) y en pleno agosto, con la clausura masiva de la atención nocturna y en festivos de centros de atención primaria (CAP). Diciembre pasa a ser un mes fatídico: se aprueba el euro por receta, que entrará en vigor en junio de 2012 y no será anulado por el Tribunal Constitucional hasta el mismo mes de 2014 (tan rápido que es ahora con "la cuestión catalana"), y la Ley Ómnibus 1, un paquete de medidas entre las cuales se encuentra la de "simplificación administrativa" que CiU aprueba con el apoyo del PP y del PSC y que facilita la fragmentación del ICS. Y el último día del año, Rajoy saca el RDL 20/2011 para "reordenar el tiempo de trabajo" con la llamada jornada de 37 horas y media y la reducción de las libranzas.

La ampliación de jornada laboral en el ámbito sanitario ya se preveía a raíz

de las recomendaciones de Antares Consulting. Aconsejaba las 1.680 horas anuales. En febrero de 2011, mucho antes del citado RDL, el ICS había empezado atacándonos en los puntos más débiles. Cargaron contra el tiempo dedicado al cambio de turno, el denominado solapamiento, en el Hospital de Girona, el único que lo tenía reconocido desde febrero de 1992. La batalla acabó con una victoria muy parcial: de los ocho días de libranza compensatoria de las enfermeras, solo quitarían dos, pero a las TCAI (TCAE) les desaparecerían los ocho, creando muy mal rollo en las unidades de enfermería. El cómputo anual para la aplicación de las 37,5 horas semanales dio debate para todo 2012 y se decidió de manera totalmente arbitraria. En el sector Administrativo y Técnico de la Generalitat se concretó en 1.624 horas, mientras que el ICS, a falta de un acuerdo que habría comportado 1.650, aplicó 1.664 para los turnos de día, un 4% de aumento para reducir sus plantillas un 4%, y 1.500 para los de noche. Algo más que las del PSMar, Parc de Salut Mar (1.660 y 1,477, respectivamente), pero bastantes menos que las del Institut d'Assistència Sanitària, el IAS (1.688 y 1.627). Un disparate. Pero el capitalismo es eso y más.

En febrero de 2012 tocó "reformulación" del ICS y en marzo la ley de medidas fiscales, financieras y administrativas, con reducción de las DPO (dirección por objetivos o productividad variable) al 50%, un complemento salarial perverso pero económicamente importante para el estamento médico, inferior pero respetable para DUI, y menos consistente para los estamentos de salario inferior. En abril sale el RD 16/2012 y el Govern se apresura a decir que lo corregirá para no bajar el nivel de universalización. Pero, a pesar de determinadas medidas suavizadoras, el apartheid sanitario también se instaurará en Cataluña. Y en mayo, nueva ley de estabilidad presupuestaria acompañada de medidas de reducción de otro fatídico 5% del gasto en personal. El recorte de las pagas extras permitirá que la Administración catalana ahorre 364,5 millones y que, unido a otras medidas cicateras, el ICS gaste 109 millones, un 5,9%, menos de lo presupuestado.

Las elecciones anticipadas de noviembre de 2012 dan lugar a un nuevo Gobierno de CiU (los mismos) en minoría, pero investida y soportada por una ERC condescendiente. En marzo de 2013 se ponen de acuerdo CiU-ERC para recortar las extras. Según Junqueras, es preferible que los funcionarios

cobren menos a tener que despedir a 10.000 interinos. La misma falsa excusa de CiU. Con el acuerdo de que quien cobre menos de 967 euros conservará las dos extras. Un chollo. En el mismo mes se constituye la única EBA desde antes del Tripartito, en la ciudad de Tarragona y ahora en el punto de mira de la justicia y, en junio, empiezan las RAT, "Reorganizaciones Asistenciales Territoriales". El año 2014 viene marcado por la presentación del Proyecto VISC+ y por la continuidad de los cierres de camas en verano, que recibieron una insólita respuesta laboral y ciudadana que sería uno de los aceleradores de la creación de la "marea blanca" catalana. Y en 2015 toca reforzar la atención privada en centros públicos, pero el Parlament paraliza momentáneamente el proyecto y aún estamos en una dura batalla, en la calle, que ganaremos antes o después de la independencia. Y los consorcios de Lleida, definitivamente paralizados, y el Clínic, contra el que no hemos tenido el éxito deseable. Y a finales de año, en pleno gobierno de transición, se instaura el nuevo modelo de Transporte Sanitario Integral. Hablamos luego de ello porque tiene más que ver con el modelo de privatización y con la continuidad de la corrupción.

LA SALUD DE TONI COMÍN O LA SALUD EN LA TRANSICIÓN NACIONAL

El gobierno de Junts pel Sí se presenta como un gobierno de transición hacia la independencia, con el condicionado soporte de la CUP. Junts pel Sí no es Convergencia ni Toni Comín es Boi Ruiz, aunque Comín exculpe a Ruiz. Es más, Convergencia, ahora PDECat, con un Artur Mas caído por obra y gracia de la CUP, es menos Convergencia. Y si no están en absoluto fundadas las acusaciones a la CUP de estar pactando con la misma burguesía de siempre, en parte porque no es lo mismo pactar con el Estado que enfrentarse a él, no hay para repicar campanas con el cambio. El cacareado proceso de desprivatización de Comín parte de la base de que las privadas "con ánimo de lucro" son subsidiarias, y solo hay que contar con ellas allí donde son imprescindibles, aunque realmente no lo sean, y de que las entidades que no tienen o esconden ese ánimo son inocuas y pueden formar parte del sistema sanitario al lado de las públicas y semipúblicas. Iremos viendo cuán inciertos

son este y similares supuestos, pero ahora nos toca defender a Comín de los ataques que está sufriendo en la cruzada emprendida por las privadas, por los elementos más reaccionarios del PDECat, por determinada prensa contraria al *procés* a la que tanto le da ahora defender la privatización como antes atacarla con tal de ir contra el Gobierno; y lo que es mucho peor, por parte del personal, sin duda confuso, del Hospital General de Catalunya que, según algunas fuentes, llega a unirse a su patronal para reclamar que la sanidad pública mantenga el actual nivel de terciarismo de la privada, a base de mantener los conciertos. Indignante.

EL SENTIDO DE LOS RECORTES

El 2008, representando a las patronales, Boi Ruiz había declarado que "la barra libre solo se ha de poder ofrecer a quien se la pueda pagar", y que a ver por qué teníamos que pagar a los enfermos la comida y el traslado al hospital. No es extraño pues que, con él de conseller, se empezaran a poner de moda en los hospitales de la red pública las butacas o camas abatibles de pago marca Decam, de un exalcalde convergente, faltaría más, para descansar los acompañantes. Retirando las butacas de siempre, como cuando se prohibió la entrada de teles propias al poner las de pago. Para Boi Ruiz, los recortes salariales tenían sentido porque no eran ni la patronal ni los políticos quienes habían creado aquella crisis. Fácil para él encontrar culpables, pero, aunque estuvo él mismo detenido, no salió ningún culpable del fraude en los fondos del Forcem denunciado por CATAC-CTS. Y nos tocó pagarlo a los de siempre.

OBJETIVO: DESMENUZAR EL ICS

Si en tiempos del Tripartito era el *conxorxi* la patronal que definía la política sanitaria, en tiempos de Boi Ruiz fue la Unió Catalana d'Hospitals, o simplemente la Unió, la que él había dirigido, la que reúne entidades más privadas que las del CSC, pero menos que las de la ACES. Sus 100 propuestas del documento "Repensant el Model Sanitari Català" son coincidentes con los estudios de diversas consultoras, entre ellas

PricewaterhouseCoopers, la que Pablo Iglesias no sabía pronunciar cuando nosotros ya estábamos hartos de citarla, la que CATAC-CTS descubrió y publicó y en base a los cuales, en octubre de 2011, el ICS promovió su "reformulación", consistente en dividirse en 20 empresas "públicas", por supuesto. El documento sobre gobernanza que concreta la puesta en práctica del plan iría al Parlamento en enero y, en diferente formato, al Consejo de Administración del ICS en febrero. Entre los argumentos, tal vez el más estúpido de todos es el que atribuye la supuesta ruina de la institución a su gran tamaño que lo hace ingobernable. Qué sinsentido, cuando las empresas tienden a la concentración y cuanto más grande es Cataluña y nadie habló de dividirla. Precisamente, uno de los argumentos para defender la independencia es la desconcentración del poder para reducirlo. En el mismo argumento abunda otro pozo nuestro de sabiduría tonta, Ricard Bosch, cuando, ante la posibilidad de que Candela Calle dirigiera al mismo tiempo tres empresas públicas (ICS, ICO e IDI), dogmatizaba que "La burocracia y la ineficiencia de una organización pública son directamente proporcionales a su dimensión". Y mientras tanto, van creciendo las consultoras que nos quieren convencer de lo contrario de lo que ellas hacen.

La propaganda de la fragmentación del ICS, que como casi siempre contó con la complicidad acrítica de TV3, hablaba de absurdos cooperativismos, cuando se trataba de todo un proyecto de privatización a gran escala. Pero otra de las constantes del modelo catalán, según la tesis de Raquel Gallego que no me cansaré de recomendar, es que una cosa es la que se legisla, otra la que se dice y otra la que se hace. Así, mientras todas las noticias indicaban que se crearían esas 20 empresas públicas y el Consejo de Administración del ICS aprobaba la creación de las dos primeras —el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida y otra constituida por las 26 áreas básicas de salud del ICS en la Región Sanitaria Girona dentro del mismo 2012—, alguien decidió que se gestionaran conjuntamente todos los servicios sanitarios públicos de la provincia de Lleida. A saber, el citado hospital, la AP y el Hospital de Santa María y el de Tremp, gestionados por la empresa pública GSS. El gerente del ICS, entonces Joaquim Casanovas, declaró que el proceso iniciado en Lleida no se extendería a otros ámbitos territoriales siguiendo el mismo esquema, pero, solo dos meses más tarde, se extendió a Girona adoptando la forma del

paranoico proyecto CIMS y, en junio, a Tarragona, donde se consolidaron complicidades con otras entidades no dependientes de la Generalitat, pero siguiendo el mismo esquema. Después de tres años, la gestión conjunta en Girona no ha servido para aproximar las listas de espera de la población asignada a uno y otro de los hospitales "aliados". El IAS está dando primeras visitas de cirugía cardíaca a más de dos años vista mientras el Trueta las da a solo dos meses. En cambio sirvió para privatizar servicios como el de alergias, aunque sin ningún tipo de explicación se haya "desprivatizado" antes de expirar el contrato, para cerrar una unidad sociosanitaria con la excusa de que era "deficitaria", externalizar también los cribados de cáncer de mama y de colon y recto, trasladar el laboratorio del Trueta, hospital regional de referencia, al IAS, a cuatro kilómetros, mantener oculto un incremento salarial al gestor único, evidente pero negado…, todo con una falta de transparencia digna de cualquier dictadura.

Simultáneamente, continuaba el traspaso de ámbitos del ICS a otras empresas públicas "especializadas". Así el IDI (Institut de Diagnòstic per la Imatge) fue extendiéndose a Tarragona y a otros hospitales no ICS, como el del IAS. Esta extensión, u ocupación, en el caso del ICS, se produce con laboralización del personal o expulsión a otros servicios del personal que la rechace. Con el mismo formato, el ICO, empresa pública dedicada a la oncología que ya gestionaba los tratamientos contra el cáncer en el Trueta, pasó a gestionar la unidad de hospitalización de esa especialidad, pero el actual consejero de Salud ha cambiado la táctica y, como no parece suficiente que la directora del ICS y del ICO sean la misma persona (la ya citada Candela Calle) para coordinar la atención oncológica de los dos últimos hospitales del ICS, cuya gestión aún no se ha trasladado al ICO, ha preferido crear la Red Oncológica, un "acuerdo estratégico" para que colaboren los servicios de oncología de los hospitales del ICS controlados por el ICO con los de los "incontrolados", como si dos empresas públicas no estuvieran obligadas a colaborar sin necesidad de tanta parafernalia. Todo ello bajo la dirección de Josep Tabernero, director del VHIO, una fundación que Comín dice que es pública aunque en su patronato se siente Sol Daurella, la señora Coca-Cola, entre representantes de las fundaciones del BBVA y de la Caixa y el emisario del mayor mecenas de Cataluña, contaminador del río Ebro, Pere

Mir i Puig. Todos ellos deben entender mucho de oncología, seguro que se desviven por el bien común y tienen a buen recaudo los datos personales del Proyecto Visc+ que hayan caído en sus manos.

El cambio de gerencia del ICS, en el inicio de 2014, confirmaba el cambio de estrategia, proyectándose ahora formas consorciadas, analizadas en un nuevo informe que CATAC-CTS publicó a principios de 2013 y que Boi Ruiz negó haber encargado. Ahora serán tres (2013, 2014 y 2015) los años en que el proyecto del consorcio sanitario de Lleida tampoco llegará al final de su desarrollo. Un año le costó al Gobierno aprobarlo, y fue entonces cuando se constituyó la "marea blanca" de Lleida para plantarle cara. Y bien que se la plantó, de manera que la lucha allí desarrollada ha sido y sigue siendo todo un ejemplo. Los intentos de destruir el ICS están probados con mil ejemplos históricos y tienen continuidad en el proyecto de usurpación de los bienes inmuebles de la seguridad social pactado por PSOE y CiU y plasmado en la Ley 27/2011, de "actualización…" del sistema de seguridad social. Pero llegó el PP y paralizó el proyecto, no tanto por lo que dijo, que "la medida supondría sacrificar una parte importante del patrimonio inmobiliario de la Seguridad Social, levantado con aportaciones de trabajadores y empresarios", sino para mantenerlo como un segundo fondo de reserva para cubrir sus propias fechorías porque el primero se lo ha ido cepillando a partir del Real Decreto-ley 28/2012 que contradice la utilización del fondo prevista por la ley de la seguridad social. Históricamente ha sido esta la que ha tenido que financiar gasto público que se debería haber pagado con impuestos.

VENTA DE DATOS SANITARIOS PERSONALES

El 4 de junio de 2013, el Gobierno de la Generalitat aprueba el proyecto VISC+ "para poner la información sanitaria a disposición de los ciudadanos, las empresas y la investigación". Se puede suponer inocencia al hecho de dar por sentada una coincidencia de intereses entre la ciudadanía y el tipo de empresas destinatarias, pero no al nombre del proyecto. Las iniciales de + Valor a la Información de la Salud de Cataluña se corresponden con el léxico VIVO+. Para que vivas más, vamos a utilizar tus datos sanitarios para investigar, y como el mundo de la investigación está infectado por intereses

de grandes empresas… Eso sí, los vamos a anonimizar para que las mutuas no invadan tu intimidad con continuas ofertas de sus productos si tu salud es buena o te rechacen si no eres rentable. Ante nuestras protestas, el organismo responsable, el AQuAS, se desvive con todo tipo de informes y de ofertas. Pero no las tiene todas consigo. El Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona informa negativamente el proyecto. Entre otros aspectos, destaca que los datos anonimizados se pueden desanonimizar. No así el Comité de Bioética de Cataluña, con composición e historial que no responde a criterios éticos compartidos, que lo avala.

La ofensiva en la calle y en el Parlamento consigue que este obligue a su paralización hasta la realización de un debate público en condiciones. Pero el AQuAS acaba haciendo lo que le da la gana y "cede" datos a nueve entidades que, para mitigar las críticas a su desobediencia, son calificadas de públicas, cuando son escandalosos los intereses privados que acogen en su seno; por ejemplo, el Centro de Regulación Genómica (CRG), y en general todas ellas, unidas como están en la Institució CERCA, cruzados como tienen entre ellos los miembros de sus patronatos. Uno de los argumentos para defender el proyecto original es que solo con una fuerte participación privada se puede conseguir la financiación europea del "Plan Juncker". Y es que hoy "se gana más dinero con datos de salud robados que con nuestras tarjetas bancarias", como dijo Joan Guanyabens. Es realmente complicado establecer las relaciones entre los múltiples proyectos o realidades que tienen que ver con el manejo de nuestros datos, como el DECIPHER, enfocado al trasporte de datos "cuando viajamos por los estados de la UE" o la carpeta "La Meva Salut" (mi salud), que va más allá de la historia clínica compartida. ¿Con cuántos fondos de inversión se comprometería Artur Mas asegurándoles que no pasará nada malo para sus intereses en el proceso de independencia catalán? El último agosto, el Govern divulgó por Twitter un *ranking*, sin explicar de qué ni dar ninguna fuente, relativo al Barcelona Institute of Science and Technology (BIST). Dudando de que se trate de una buena manera de "levantar Cataluña" (#AixecarCatalunya), busco más información y observo, por medio de uno de los supuestos mecenas, la Caixa, el interés en el manejo de los datos masivos que une al BIST y al Barcelona Supercomputing Center/Centro Nacional de Supercomputación, poseedor del

superordenador Mare Nostrum. ¿Oportunidades o amenazas ocultas?

MÁS EXCLUSIÓN: LISTAS DE ESPERA, CRONICIDAD, INCAPACIDAD LABORAL, SSC, HEPATITIS C…

Como bien explica Joan Benach en el *30 minuts* sobre las listas de espera con que nos obsequió TV3 el 1 de junio de 2014, "la sanidad privada y la pública son como vasos comunicantes; si quieres hacer negocio con la sanidad privada, necesariamente has de debilitar la sanidad pública…". En el mismo reportaje, Boi Ruiz desprecia descaradamente el problema: "¿Qué significa desmontar la sanidad pública? ¿Que una población se tenga que esperar un poquito más?". Un desprecio que repite: "A partir de ahora habrá más lista de espera, pero estarán menos graves", "Las listas de espera son otro mito político, como el de las camas" o la propuesta de priorizar en función de los recursos que consumiría la espera, desprecios que quedan en evidencia ante las desastrosas experiencias personales que muestra el reportaje. Como explican los miembros de GREDS-Emconet, las listas de espera son solo la punta del iceberg, el síntoma de una estrategia más global que trabajan las instancias del poder en el máximo secreto y que los simples mortales solo podemos deducir.

Las listas de espera, a pesar de ser negadas por energúmenos del independentismo de derechas, han sufrido aumentos espectaculares durante los años de recortes y todo tipo de manipulaciones. En febrero de 2013, la PARS (Plataforma de Afectadas por los Recortes Sanitarios) se percató de la incoherencia de los datos presentados por el Departament y puso en evidencia el aumento de un 51% en dos años, cuando Boi Ruiz había asegurado un mes antes que se habían reducido un 2%. Ruiz no se atrevió a reconocer el dato en persona y sacó a su súbdito Padrosa para hacerlo. Esperas de 20 días para visitar a tu médico de familia, gente que se endeuda para operarse privadamente porque no soporta la espera…

Salud presentó, en junio de 2013, su plan de reordenaciones asistenciales territoriales, con una palabrería que pretendía disimular que el objetivo prioritario era el ahorro de 64 millones de euros. Algo chirría cuando se habla de mejoras que habrá que hacer con un presupuesto menor. En efecto, la

mejora de la atención a la cronicidad consistiría en cerrar unidades sociosanitarias de los hospitales de la red pública, evitar el 30% de los ingresos de enfermos crónicos e identificar los que merecían la etiqueta de enfermo crónico avanzado (MaCA en catalán), resultado de un cuestionario en que el/la médico tenía que declarar si le extrañaría o no que el/la paciente falleciera en los próximos seis meses, medida criticada por representar la previsible condena a un desahucio asistencial, y más cuando se intentó premiar el número de cruces en el ítem con incentivos económicos. La reordenación en los ámbitos hospitalarios consistió igualmente en la concentración, es decir, el cierre, de servicios especializados y en un incremento de las derivaciones a las privadas.

Entre las exclusiones que el sistema no reconoce como tales, la ocultación de los síndromes de Sensibilidad Central y el aparcamiento de quienes los padecen sigue su curso. La ILP que recogió casi el triple de las firmas necesarias en la tercera parte del tiempo acabó en una resolución parlamentaria, en marzo de 2010, que no solo era totalmente insuficiente, sino que no fue seguida del cumplimiento del correspondiente protocolo. La indignación, que conozco a fondo de manos de Clara Valverde, ahora inmersa en un proceso judicial para que la atiendan en el Clínic, va en ascenso porque, al padecimiento que conlleva la enfermedad, se suman los efectos de los recortes en la atención a la incapacidad laboral que produce y la exclusión y el maltrato que denuncian por parte del ICAM (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas y Sanitarias), responsable de evaluar dicha incapacidad. Las afectadas por SSC han estado en el núcleo fundacional de la PAICAM (Plataforma de Afectadas por el ICAM y por el INSS), constituida a partir de la acampada de Nati López delante de la sede central del instituto catalán. Aunque una sentencia judicial daba la invalidez absoluta a una mujer, a pesar de la férrea oposición del INSS y del ICAM, que había presentado al juicio un examen falto de rigor, el presidente Artur Mas otorgó al instituto el premio a la mejor práctica de la Administración de la Generalitat por el proyecto de un "nuevo modelo de coordinación y alianza con otras administraciones públicas totalmente transparente, eficiente, seguro, y con un ahorro de tareas y de costes". Innegable la eficacia de la alianza en lo que se refiere al objetivo de ahorro, pero quedó feo, muy feo,

que el discurso de recepción solo se refiriera a la buena aceptación por parte de las empresas y las mutuas. Nada extraño teniendo en cuenta que la vida profesional del responsable, Antoni Mateu, se mueve entre el Departament y Asisa.

Tres mujeres decididas y sus respectivas familias me liaron para empezar un encierro en el Trueta el primer día de mi jubilación. Y la liaron reivindicando los nuevos tratamientos para la hepatitis C. La lucha es vida. Esas mujeres se lo curraron y esos tres días, con el apoyo de plataformas y entidades locales y de personal del hospital, fueron una gozada. Pusimos nuestro granito de arena en una lucha de ámbito estatal que dio sus frutos, incluso antes, en Cataluña, aunque la solución de verdad pase por acabar con las patentes.

LOS BENEFICIARIOS DE LA PRIVATIZACIÓN

Vicenç Navarro ponía en cuestión el eslogan "República Catalana del 99%" del Procés Constituent argumentando que los beneficiarios de la privatización y de las políticas de austeridad son, por lo menos, el 10% de la población. La teoría de los vasos comunicantes explicada por Joan Benach se hace evidente cuando se cierran servicios públicos para contratar privadas con ánimo de lucro. La situación más descarada, de conocimiento público, pero que supuestos economistas de la derecha independentista no quieren ver, es el crecimiento de los contratos de los tres hospitales que Quironsalud tenía hasta ahora mismo en el SISCAT: el Hospital General de Catalunya, la Clínica del Vallès y el Hospital Sagrat Cor de Barcelona. Por dar solo algunas cifras, este último realizó unas 5.000 intervenciones quirúrgicas derivadas de diversas instituciones públicas en 2014 y la Clinica del Vallès recibía más de 2.000 derivaciones del Hospital de Sabadell; los ingresos económicos de los hospitales privados aumentaron un 26,6%, de 637 a 807 millones entre 2010 y 2014, mientras los de los públicos descendieron un 4,4%, de 6.145 a 5.874. Curiosamente, el ascenso de los gastos de los privados solo fue de un 14,4%. Son datos que nos proporciona la Encuesta de Establecimientos en Régimen de Internado (EESRI), que no separa públicos y privados, sino con concierto —donde se incluye al ICS— y sin concierto y que, en parte, explican ese

12% más caro que nos salen esos conciertos, aspecto este sobre el que Comín evitó responder prefiriendo, o forzado a, perderse en diatribas sobre si esa privatización concreta era responsabilidad del Gobierno de Mas o del Tripartito. El ejemplo corresponde a una multinacional. Se supone que Víctor Madera, su presidente en España y consejero delegado, y ministro de Sanidad en la sombra, forma parte del 1%. Como él, responsables de multinacionales, consultoras, bancos… básicamente contrarios al proceso independentista catalán. Pero pongamos ejemplos referidos al 10%. Hasta mayo de este año no hemos conocido, gracias a Oriol Güell, cómo se reparten los beneficios de las EBA sus médicos accionistas. Como ellos, gerentes de las entidades público-privadas o beneficiados por el modelo que, en muchos casos, estarán por la independencia solo si se les garantiza que no habrá cambio de modelo. Bastante gente tendrá que decidir si se suma al 10 o al 90%. Por ejemplo, personas y entidades que están intentando con argucias inconsistentes que el Hospital General de Catalunya vuelva al SISCAT, como ya he explicado.

¿Y cómo se consigue que los beneficiarios de la privatización sean ese 1 o ese 10%? Entre otros mecanismos, desobedeciendo directivas europeas como la 2014/24/CE sobre contratación pública, incumpliendo los plazos para su implantación, en este caso el mes de marzo de 2016. Esta directiva, como bien ha explicado recientemente Oriol Illa, presidente de la Mesa del potente Tercer Sector catalán, favorecería que las adjudicaciones no dependieran de los precios que una multinacional puede reventar tranquilamente, sino de la calidad del servicio ofertado. La adaptación de esta directiva, que no ha sido prioritaria ni para el Gobierno español ni para el catalán, que la podría haber adaptado, hubiera evitado que Florentino Pérez (aquí Clece) y Sacyr se quedaran con la atención domiciliaria de dos de las cuatro zonas de Barcelona. La directiva llegaba tarde para la adjudicación a Eulen de la gestión del ABS de La Escala, pero la movilización ejemplar de la población y de sus representantes locales consiguió anularla, hecho ratificado ya por sentencia. Se me hace muy difícil asumir que, frente a los constantes incumplimientos legales de nuestros mandatarios y con una ciudadanía que ha aumentado extraordinariamente su potencial movilizador, mi amigo Albano declare que la propuesta de referéndum no subordinado al Estado que me planteó justo antes de dar el salto a “la política” se haya convertido en un

“seguir presionando para lograr un referéndum pactado”. ¿Hasta cuándo hay que esperar?

LA CORRUPCIÓN

Determinados sectores entre quienes promovemos la independencia intentan minimizar el problema de la corrupción en Cataluña. Las maniobras en las cloacas o cavernas del Estado, que solo se ven cuando se les va la mano, les dan una parte de razón y descolorean mi artículo “Lo más penoso de todo”, donde planteo que son tan nocivas como las mafias catalanas y que, para desgracia nuestra, acabarán entendiéndose. La realidad demuestra lo que ya sabíamos, que la corrupción no es la manzana podrida dentro del sistema, sino que es el cesto, el sistema mismo, lo que está podrido. A los cavernícolas ya los conocíamos, pero ahora se ha puesto en evidencia que el llamado “modelo sanitario catalán” se ha conformado precisamente para facilitar la corrupción.

CASOS Y MÁS CASOS

Conocí a Albano en una extensa conversación en la que él me explicaba sus investigaciones y sus dudas sobre la lógica de los recortes en la Corporación de Salud del Maresme y la Selva, mientras yo las relacionaba con las características del modelo. Su primer descubrimiento importante fue la desaparición de 2,4 millones de euros. Tiempo más tarde, mientras íbamos a dar una charla en la acampada de la plaza de Catalunya de Barcelona, me explicó el gran hallazgo que enseguida denominó informe Crespo: un informe que la Sindicatura de Cuentas había decidido esconder por una vía insólita, como reconocería más tarde el síndico mayor Jaume Amat en su comparecencia parlamentaria, con el único voto en contra de su autor, un informe que constará en los anales de los encubrimientos de la corrupción. Siguiendo la pista del magnate mayor de los consorcios de la zona, Ramon Bagó, llevé a Albano y a los periodistas de *El País*, Antía Castedo y Oriol Güell, también martillos de la corrupción, al Hospital de Mataró, donde, amparado por nuestra sección sindical más fuerte, mi compañero Miquel

Torner había acumulado una enormidad de documentación comprometedora que daría pie a que Albano bautizara a aquel cacique como "El hombre que se contrataba a sí mismo". Aunque en realidad no lo hacía él mismo, sino que utilizaba un "hombre malo", abogado de gran parte de los casos que aquí se comentan, secretario de alto copete, chico para todo, hombre de paja, maoísta durante el franquismo, reconvertido luego al más feroz neoliberalismo y, ya curtido en esa fase, colocado como gerente del ICS por Marina Geli, Francesc José María Sánchez.

Las investigaciones de Albano y nuestra relación fueron a más, y unidos a una nueva fuerza insurgente, la CUP de Reus que, con un solo concejal en el ayuntamiento, David Vidal, había puesto en evidencia el enorme caso Innova, con 14 piezas separadas en la actualidad, elaboramos diversos trabajos de denuncia pública; el primero de ellos fue una revista conjunta para difundir la convocatoria a la solidaridad con Albano y Marta ante el juicio que comento en el apartado de la represión y que, personalmente, complementé con un enorme mapa de los conflictos de intereses que influyen en la sanidad catalana que, ahora que encaramos la defensa del cambio de modelo, quisiera ver convertido en un mapa mental que haga más accesibles las relaciones. Durante esos años, fuimos mucha la gente centrada en las novedades diarias sobre los casos citados y dos más, el caso Manté y el de Sant Pau, destapado este por la radióloga Carme Pérez.

El nuevo contrato del transporte sanitario sigue siendo sumamente polémico por cuanto ha desplazado a operadores locales para dar entrada a multinacionales de capital riesgo. Tenía razón el Tripartito cuando, en 2010, hablaba de tomar precauciones ante el deterioro asistencial que este hecho podría provocar. Lástima que no haya estado ahora para evitarlo y que Marina Geli se haya integrado en ese Junts pel Sí donde se diluyen tantas responsabilidades. Sacado a licitación en agosto de 2014 con valor estimado de 2.556.485.716,75 euros, por 10 años para toda Cataluña excepto la Vall d'Aran, ha sido la golosina que esperaban multinacionales como Falck, el halcón danés e Investindustrial, de la familia Bonomi, propietaria de TSC y de Port Aventura, o la creciente Egara para arrasar el sector. Está probado que TSC, para el lote correspondiente a la Región Sanitaria Girona, presentó al concurso unas ambulancias que tenía trabajando en otra adjudicación y

unas bases operativas que en realidad no tenía. Está probado que, en su primer mes de actividad, ha incumplido largamente las cláusulas del contrato dejando servicios desatendidos, manteniendo graves deficiencias técnicas en los vehículos y deteriorando mucho más las condiciones laborales, mientras el antiguo adjudicatario local contrataba a un técnico y ponía en marcha una nueva ambulancia por un solo servicio que quedara descolgado. Es la diferencia entre el 7% de margen que este podía obtener y el 13 o más que obtendrán los halcones que se están instalando. La denuncia de la CUP, que la fiscalía ha aceptado, se refiere a la guinda que corona el proceso de contratación de TSC, que es el regalo de una UCI pediátrica al Hospital Sant Joan de Déu por parte de Port Aventura, como expliqué en su momento.

El proceso de concentración empresarial afecta todos los ámbitos, y los macrocontratos lo facilitan. En el de las TIC, adjudicado por el CTTI en septiembre de 2012 mediante el nuevo sistema llamado diálogo competitivo, esta concentración supuso la externalización (privatización) o despido de gran parte del personal informático del ICS y un alejamiento entre el nuevo personal informático y el personal asistencial de la institución, con todos los inconvenientes que ello supone, además de poner en riesgo la confidencialidad de los datos con los que se trabaja, como apuntaba el personal afectado que se autoorganizó ante el ataque, aparte de la degradación de las condiciones de trabajo del personal traspasado. Según el estudio de Marc Font para el *Anuario* de Mèdia.cat, "Los silencios mediáticos de 2014" (p. 120), las empresas beneficiadas por el conjunto de contratos del CTTI desde 2011, hablamos de 2.600 millones, fueron, por este orden, Telefónica*, T-Systems*, Grup Seidor (donde "trabaja" el cuñado de Artur Mas), Indra, IBM, Tradia Telecom* (Abertis), El Corte Inglés, EMTE (familia Sumarroca), Fujitsu y Everis Spain (* indica que en solitario, y el resto en UTE), la mayoría de ellas beneficiadas también por el Plan Juncker y con antecedentes escandalosos. Según el CTTI, este proceso de concentración ha permitido reducir un 25% el gasto de la administración en TIC. Ya será menos. O vete a saber a costa de qué. Lástima que los defensores del desmembramiento de lo público y de la diversificación de proveedores del sistema sanitario no tomen nota de que la concentración puede producir ahorro. Aplicada a un ente público transparente, el ahorro sería mayor

eliminando fenómenos de corrupción, sueldazos de altos cargos y beneficios empresariales inherentes a la diversificación. Una pequeña parte del ahorro sería suficiente para evitar la degradación laboral inherente a las subcontrataciones.

La subcontratación de la rehabilitación ambulatoria es un compendio de incompatibilidades, puertas giratorias y falta de transparencia y de control. A principios de 2016, el Tribunal Catalán de la Competencia ha multado a cuatro adjudicatarias del concurso resuelto en 2013 por repartirse el mercado y expulsar a la competencia. Y no es un hecho aislado, ni mucho menos. Tanto antes como después de esta penalización se han producido otras por obligar a los trabajadores a ejercer como falsos autónomos, una práctica que, en el caso de Codebi y Luis Cabado, se suma a la subcontratación, ya de por sí ilegal, de un servicio subcontratado. A este antiguo sindicalista del SATSE que, como explicaba Oriol Güell, durante tres décadas ha ganado más de cuatro millones gracias a sus cargos públicos, lo he denunciado personalmente en representación de mi sindicato. Coincidí con él en la Mesa Sectorial de Negociación del ICS y no se me hace nada extraño que haya hecho compatible la defensa de intereses propios, de los que radio macuto ya hablaba, con los de parte de un colectivo que, antes más que ahora, quería desclasarse e imitar los chanchullos que a menudo se critican a "la clase médica". Representante de los trabajadores en aquella mesa negociadora, se sentaba al mismo tiempo en el Consejo de Dirección del CatSalut, representando oficialmente al propio CatSalut, aunque "solo" fuera un apaño para dar a un sindicato corporativo lo que no le daban las normas legales. Eso levantaba sospechas, pero facilitaba contactos con altos cargos que, con contadísimas excepciones, nunca han sido agua clara.

¿'TRANSPAQUÉ'?

La transparencia no ha sido nunca un punto fuerte del modelo a pesar de que, tanto en este país (Catalunya) como en el de al lado, puedan saltarse las leyes a la luz del día. Y sigue siendo complicado conocer los s. Incluso tiene un problema con los del . En un sistema corrupto, hay que esconderlo todo, la información también se privatiza. La gestión privada de entidades públicas

está inventada para eso. , entre otras iniciativas, en abril de 2014 la CUP organizó unas jornadas bajo el lema "Echemos a la Mafia" para profundizar en el fraude, la corrupción y la impunidad, para impulsar la radicalización democrática en un contexto de crisis. A partir de aquí, mediando un micromecenazgo, surgió el blog *Llum i taquígrafs* ("Luz y taquígrafos") y, en enero de 2015, se presentó un grupo anticorrupción en el Parlamento. Nada oficial, por supuesto, investigación en red.

EL RECHAZO A LA SALVAJADA. LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA LUCHA

Las respuestas más masivas a los recortes se produjeron en Cataluña en los primeros momentos, en 2011. Aparte de las múltiples acciones locales, básicamente en centros de trabajo con grandes asambleas, numerosos encierros, cabe destacar las manifestaciones de los días 13 y 14 de abril, un precedente de lo que sería el gran movimiento de la indignación un mes más tarde. Las reacciones a los cierres de CAP eran automáticas y consistían en ocupaciones de los centros, algunas de ellas de 100 o más días, que a menudo eran desalojadas por los *mossos d'esquadra*, pero al día siguiente se volvían a ocupar, en participadas manifestaciones en muchos pueblos, llegándose a crear movimientos de ámbito comarcal que programaban acciones periódicas, cortes de carretera y alguna muestra de autogestión (de la de verdad) como en Viladecavalls. Ejemplos de persistencia son los encierros nocturnos en los CAP de la Selva interior (la Selva es una comarca de la región norte oriental catalana), con periódicos cortes intermitentes de carreteras coordinados por el movimiento "Units pel CAP" (Unidos por el CAP, pero el léxico *cap* también significa cabeza) a partir del verano de 2011, y aquí un recuerdo entrañable para Sílvia Martínez, una de las almas de esas luchas, que nos dejó muy unidos para continuar extendiendo su mensaje; la ocupación del CAP Rambla de la Marina a partir del 28 de octubre de 2011 que continuó con permanencias semanales, para informar y recoger quejas, delante del cercano Hospital de Bellvitge; la del CAP de Caldes de Montbui a partir del 2 de abril de 2013…

Entre el encierro de 10 días en el Trueta, a caballo de abril y mayo de

2011, con posteriores permanencias en el vestíbulo del hospital recogiendo quejas de los pacientes, y el mucho más largo del Sant Pau a finales de 2013, se produjeron gran cantidad de acampadas y luchas de todo tipo tanto en los hospitales del ICS como en los de la red concertada y en la atención primaria. La sincronía entre reivindicaciones laborales y ciudadanas no fue perfecta, ni mucho menos, ninguna revolución se produce tan de golpe, pasa lo mismo que con la sincronización entre las reivindicaciones sociales y las nacionales, pero el cambio cualitativo alrededor del 15-M fue impresionante. El papel de los grandes sindicatos bajó en picado y las movilizaciones se empezaron a nutrir de foros más participativos e innovadores.

Como fenómeno participativo sin precedentes, el de la revista *Cafèambllet*. Impresionante la red que se montó para distribuir tantísimas revistas financiadas con micromecenazgo, nacida alrededor de la solidaridad con Marta y Albano por la denuncia de que fueron objeto y afianzada por el libro, de gran repercusión, *Artur Mas: ¿dónde está mi dinero?* A finales de 2012, con la realización de "La Salud, el Negocio de la Vida", SiCOM se convirtió en el narrador audiovisual de referencia de la mayoría de los conflictos sanitarios. Dempeus ha continuado siendo un referente para mucha gente. El FoCAP organizó concurridas Noches de Vela en la Plaza de Sant Jaume. Nació la Plataforma por una atención sanitaria universal en Catalunya para combatir la exclusión sanitaria. Y muchas iniciativas en diferentes centros, como Esclatclínic, Indignadas x los recortes, #Rebelión Bellvitge, AcampadaSabadell… una tendencia que aún ahora se mantiene viva como demuestran la ya citada PAICAM y Salvemlesambulàncies. La sanidad ha sido actualidad no solo en titulares diarios de prensa, sino también objeto de múltiples estudios críticos en nuevos, o no tan nuevos, espacios alternativos como Mèdia.cat, Crític, espaifàbrica, el más reciente Diari de la Sanitat…

Las diferentes iniciativas legales colectivas no tuvieron mucho recorrido como tales. La Iniciativa Penal Popular, presentada públicamente en marzo de 2012, sirvió para gestionar determinados casos concretos como el de la mujer que murió tras pasar por cuatro hospitales del SISCAT y luego muchos más, pero la denuncia penal de la PARS presentada aquel mismo mes a la Fiscalía fue archivada antes de dos meses; la querella criminal contra Boi Ruiz y su equipo de gobierno, presentada en noviembre al TSJ de Catalunya,

también fue archivada en dos meses. Pero sirvieron para ir uniendo colectivos en lucha.

Fruto de la presión social, en julio de 2012, el Parlamento catalán constituyó la Comisión Parlamentaria sobre la corrupción en la sanidad, bautizada con el inocuo nombre de "Comisión de Investigación sobre la Gestión en el Ámbito Sanitario y las Relaciones entre el Sector Público Sanitario y las Empresas". El adelanto de las elecciones al 25-N, la fecha en que la CUP entró en el Parlament, la paralizó, pero se volvió a constituir, eso sí, con la advertencia de Boi Ruiz de que se podía investigar sin debilitar el sistema, a la que se unieron CiU y PSC "pidiendo" que la comisión no debatiera el modelo. Pan comido. La investigación de la corrupción del modelo sanitario sociovergente contó con una renovada sociovergencia que controlaría las tareas de la comisión desde el principio, la selección de las personas que comparecerían, hasta el dictamen final, con precisas abstenciones de ERC. Entre junio y julio de 2013 comparecieron las 34 personas, o no tan personas, seleccionadas. Y las conclusiones, debatidas en el pleno parlamentario de noviembre de ese año, llevaron a la valoración de que todo había sido una farsa (David Companyon) o una operación de maquillaje (Isabel Vallet).

LA REPRESIÓN, LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL

Felip Puig, consejero de Interior en el primer Gobierno de Mas, es un claro exponente de la represión institucional que justifica que la violencia sea monopolio del Estado. Sus palabras textuales "La gente ha de tener más miedo al sistema y no ha de ser tan atrevida" e "Iremos hasta donde nos permita la ley y un poco más" simbolizan la represión que ejerció sobre el movimiento de la indignación, en los desalojos de los CAP, en el desalojo de la plaza de Catalunya, en la persecución de cabezas de turco del bloqueo al Parlamento, en todo tipo de manifestaciones, incluido el pelotazo que costó un ojo a Ester Quintana, en las huelgas generales, en el desalojo de Can Vies, la impunidad policial en el caso 4-F… La represión más visible tiene su reflejo en niveles más invisibles. Las direcciones de personal de los centros han estado ejerciendo una represión más sutil: amenazar al personal eventual

con que, si va a los sindicatos, no trabajará más, actuación facilitada, por ejemplo, por la falta de control sobre la Bolsa de Trabajo del ICS y no digamos de los centros concertados que ni tan solo la tienen. Hemos vivido coacciones a delegados sindicales sin plaza fija que han traicionado la causa por miedo a perder el trabajo. Y da pena, mucha pena, que un representante de una opción teóricamente rupturista, el primer teniente de alcalde de Barcelona, Gerardo Pisarello, cometa el patinazo de alardear de haber reducido el número de manteros a base de represión. Para eso no hacía falta "tomar el poder".

Durante la negociación de la última investidura, la CUP llegó a un acuerdo político con JxS para la retirada de las acusaciones de la Generalitat en determinados casos, pero la separación de Mas como presidenciable hizo que CDC, en quien recayó la consejería correspondiente, no se considerara comprometida y cediera a presiones policiales. Ha habido un cierto cambio, han desistido de las acusaciones populares, en que no había *mossos* heridos, y han retirado otras en casos en que estaban como perjudicados, pero solo en la mitad de los solicitados por la CUP. El entonces alcalde de Girona, actual presidente de la Generalitat, no presentó acusación cuando fue "agredido" por los manifestantes en un acto contra la presencia de Boi Ruiz, consistente en una *performance* en la que tuve el honor de caracterizar al *conseller*.

Especial atención merece el carácter represivo de Josep Maria Via. Si su denuncia contra el vídeo de *Cafèambllet* podía considerarse como institucional, en su etapa de presidente del PSMar realizó una serie de despidos arbitrarios en el Centro de Salud Mental de Santa Coloma de Gramenet, reconocidos como tales en tres sentencias judiciales. Después de muerto, perdón, después de haber dimitido del cargo, perduraban sus tácticas, como acusar a los representantes sindicales de CATAC-CTS de asedio psicológico laboral a los cargos directivos responsables de los despidos. Claro, la acusación tuvo que ser retirada, pero lamentablemente no tuvimos que defendernos solo de la dirección, sino también de sindicatos que nos acusaban de "condenar sin paliativos a compañeros de trabajo inmersos en el proceso de una reestructuración que no han decidido ni diseñado". Se referían a dos cargos intermedios a quienes atribuíamos ineptitud autoritaria. Lógicamente, el PSMar también tolera la persecución sindical en las

empresas que subcontrata, como demuestra el caso de Ana María, despedida por denunciar falta de personal de limpieza en ISS Facility Services.

HACIA EL CAMBIO DE MODELO

UNA MAREA TARDÍA, PERO CON CAMBIO DE MODELO

Cuando salió a la luz la "marea blanca" madrileña, combatí un insistente sentimiento de frustración porque en Cataluña no surgía lo mismo. Era la misma excusa desmovilizadora que en tiempos del franquismo comparaba nuestras movilizaciones con las del País Vasco. Era no entender que las circunstancias son muy diferentes aquí y allá. Aquí, los recortes y la privatización habían comenzado antes. Y aquí hemos hecho una enormidad de manifestaciones. La "marea blanca" catalana no nació con ese nombre (antes funcionaba la Plataforma por el Derecho a la Salud) hasta el mes de febrero de 2015, después de un proceso de profundización en el manifiesto "Por el derecho a decidir sobre nuestra salud y sobre el sistema sanitario de Catalunya", presentado en asamblea abierta el 6 de septiembre de 2014, fruto de la fusión de tres respuestas que, sin premeditación, se hicieron públicas un mismo día de julio al documento titulado "Salud para la independencia", elaborado por la Sectorial de Salud de la ANC, Asamblea Nacional Catalana, que pretendía perpetuar el actual modelo sanitario. Aquí nació la desconfianza de los movimientos sociales de la sanidad en relación con esa sectorial y, aunque su documento fue finalmente retirado, la campaña de las cruces itinerantes reabrió el conflicto.

¿Y qué es lo que propone el citado manifiesto? De sus 10 puntos, lo esencial es que se define claramente por un modelo de gestión 100% público, directamente público, con la supresión de los intermediarios que constituyen la plasmación de la NGP en Cataluña. Por un nuevo Servicio Catalán de la Salud (si tiene que cumplir esa misión el propio Departament de Salut, como ha propuesto últimamente la CUP, sería otro debate) con todas las funciones, planificación, financiación, gestión y evaluación, que hace innecesarios tanto el ICS como las diferentes patronales sanitarias. ¿Dónde puede estar la trampa de un objetivo tan claramente expresado? Pues en una referencia del

punto 4 al carácter de medio propio de la Generalitat, una participación de esta superior al 50%, que deberían adoptar todas las entidades proveedoras del sistema público. Este "añadido", que podría entenderse como provisional en el proceso de "nacionalización", podría también ser una excusa para consolidar la esencia del actual modelo en el que tan cómodamente han estado actuando siempre tanto ICV como UGT y CC OO, y es la razón fundamental de que el Grupo de Salud de la CUP no se haya integrado en la "marea" como tal, aunque en muchos ámbitos se actúe conjunta o coordinadamente. Pero el resultado de la acción simultánea en la calle y en el Parlamento ha sido que hemos puesto en cuestión el modelo sanitario catalán a pesar de intentos de perpetuarlo, como fueron el "Pacto Nacional de Salud", lanzado por Boi Ruiz, del que enseguida se desmarcó la CUP y que pronto solo sustentarían CiU i ERC, y la inédita acción lobista de las patronales sanitarias ante el debate parlamentario del 17 de junio de 2015, donde las intervenciones de Isabel Vallet destacaron el papel de la CUP como único grupo que cuestionó el modelo, sin que ICV se manifestara de manera clara al respecto. "Los Comunes", que en Cataluña han salvado a ICV de la práctica desaparición del mapa político catalán, tienen otro problema con esto.

Y ¿CÓMO HA DE PRODUCIRSE EL CAMBIO DE MODELO?

En la Comisión de Salud del día 11 de febrero, Toni Comín planteó que la redefinición del modelo sanitario catalán que "Junts pel Sí" propone habría que hacerla con la máxima participación en la elaboración de una Ley de Salud y Social de Cataluña, en el marco del proceso constituyente catalán. Quienes no queremos redefinir el modelo sino cambiarlo, sin menospreciar la redacción de una ley, deberíamos blindar un modelo de servicios públicos 100% públicos en la propia constitución. La nueva hoja de ruta aprobada por el Parlamento prevé las fases deliberativa y decisoria vinculante del proceso constituyente durante el primer semestre de 2017, así como el presupuesto necesario para un debate de base social, transversal, plural, democrático y abierto.

Evidentemente, al cambio de modelo se opondrán las elites gerencial y

empresarial actuales. En cuanto a los partidos ERC e ICV, se tendrían que definir más claramente evitando contradicciones. Para que el proceso constituyente sea considerado ampliamente mayoritario requiere de una participación activa de la población, especialmente del electorado de los Comunes que, aunque se declaraban en su programa por un proceso constituyente catalán no subordinado al Estado, ahora aducen matices francamente difíciles de entender al diferenciar no subordinación de unilateralidad. Esta polémica no hace sino fomentar el procesismo, consistente en la voluntad oculta de prolongar el proceso sin llegar a puerto que tanto critican, con razón, al componente independentista más burgués, miedoso de cambios que no controlen.

Para que pueda garantizarse un modelo sanitario público 100% público en una Constitución hay que combatir públicamente los argumentos de los defensores del sistema, básicamente los que menosprecian lo público en relación con lo privado. Eso sí, presentando una alternativa pública no estatalizadora, sino ampliamente participativa. Y participación no quiere decir gestión por parte de los alcaldes, como denunció Gené Badia en 2009, sino, como dije yo mismo en mi escrito de aquel año, asociaciones de "usuarios" similares a las AMPA de los colegios, pero, claro, con voto. Y consejos rectores abiertos al público como en los ayuntamientos y… Para llevar a cabo la necesaria "expropiación" subsiguiente, bastará con recordar que todos los centros del SISCAT se han mantenido y han crecido gracias a los presupuestos e inversiones de la Generalitat. Esa es suficiente explicación ahora para que la participación de la Generalitat haya aumentado en los estatutos renovados de los consorcios. No se trataría, pues, sino de acelerar esa tendencia.

Conviene también rebatir las bases de la diferenciación entre entidades con y sin ánimo de lucro planteada por Toni Comín, incluso por el Ayuntamiento de Barcelona. Como ya he indicado en un artículo reciente, está en cuestión la ausencia de ánimo de lucro que se da por supuesto en determinadas entidades que añaden esa coletilla a su definición. Es del todo inocente presuponer ausencia de ánimo de lucro a las organizaciones religiosas o a las fundaciones y no digamos cuando estas están constituidas por prohombres del mundo de los negocios. Incluso a los consorcios. ¿Qué

hace un industrial del ramo de los curtidos de la Ribera del Ebro en el Consejo Rector del Consorcio Hospitalario de Vic? Hablarnos de la riqueza de la diversificación de la gestión con los ejemplos que conocemos es una tomadura de pelo. Este año ha saltado a la luz el escándalo del traspaso de un contrato de 30 años de gestión del centro sociosanitario Duran i Reynals de una fundación a una empresa netamente privada. Las condiciones en que se produjo, del todo ilegales por mucho que el mismísimo Puigdemont proclame la legalidad del proceso, dando como válida una resolución repleta de falsedades, son más que suficientes para anular el contrato. Y resulta tan graciosa como significativa la observación de Oriol Güell en el relato cuando explica que las entidades sin ánimo de lucro han de invertir en mejoras asistenciales las sobras del presupuesto. Algo muy obvio, pero que nunca se ha exigido a ninguna entidad porque nunca se ha controlado su uso del dinero público. Es evidente que existen entidades sin ánimo de lucro compuestas por gente honrada. Sin duda encontrarán cabida en el nuevo modelo público y participativo, seguramente disolviéndose en él.

LA CUESTIÓN LABORAL

El manifiesto de la "marea blanca" no dice ni una palabra sobre la cuestión laboral. Es un tema de discordia entre los sindicatos. El 11 de julio de 2013, ocho sindicatos, todos los del ámbito sanitario excepto CC OO y UGT, asumieron un manifiesto de la Coordinadora Laboral de Centros Sanitarios, una coordinación asamblearia de miembros de los comités de empresa nacida en enero de ese año con el boicot oficial de los dos grandes sindicatos, aunque con la participación de muchos de sus delegados que clamaban por un objetivo de siempre, "una sanidad, un convenio"; es decir, unas mismas condiciones laborales en todo el sistema sanitario público o de utilización pública, en el ICS y en la concertada, negociadas directamente con el auténtico patrón que no es otro que el CatSalut, con eliminación, por lo menos a estos efectos, de momento, de las patronales de la sanidad concertada. Es evidente que, en un marco como el que plantea la "marea blanca", esa unificación tiene que producirse. Y el personal en su conjunto ha de merecer la catalogación de empleados públicos que, como tales, sería

de desear que tuvieran un estatuto propio que les permitiera cumplir una función constitucionalmente clara y ajena a las presiones de los políticos de turno.

Pero los dos grandes sindicatos no están por la labor. Hay que entender que defienden sus cuotas de poder más allá de una democracia en el ámbito sindical. CC OO y UGT han sido intensamente criticados y, aunque salvando a cantidad de personas luchadoras y honradas que hay en ellos, pueden ser considerados como el PP y el PSOE del sindicalismo y no ha trascendido el debate sobre el nuevo sindicalismo como lo ha hecho el de la nueva política. Una democracia en el ámbito de la representación laboral requeriría acabar con sus grandes privilegios. Por ejemplo, con la derivación automática de ámbitos de representación superiores a los inferiores cuando ya existe una representación en estos, con barreras como la del 10% para acceder a la representación en una mesa negociadora en que los representantes sindicales son 15… Existen alternativas, desde sistemas básicos de representación mucho más directa, como sería la surgida de los comités de empresa y no de los sindicatos hasta la exigencia de una democracia interna que potencie el asamblearismo. Solo un movimiento asambleario hubiera zanjado las casi únicas disputas sindicales concretas de los últimos años: la de la Bolsa de Trabajo del ICS y la relacionada con la ultraactividad de los convenios en el SISCAT. Sindicatos asamblearios en la sanidad catalana hay dos: CATAC-CTS y CGT. Lógicamente, no se sobreponen más que en circunstancias muy excepcionales. Sería un contrasentido que hubiera dos sindicatos asamblearios en un mismo ámbito de representación directa y sería necesario un pacto y/o un trabajo coordinado que ahora solo se produce puntualmente en el ámbito laboral y, limitadamente, en el ámbito de los movimientos sociales.

CONCLUSIONES

La población de Cataluña ha sufrido un triple saqueo. Al innegable y antiguo expolio fiscal, de difícil cuantificación y soportable en época de vacas gordas, se han sumado las políticas austericidas de doble paternidad, gobiernos estatal y autonómico, y el expolio que comporta el propio modelo sanitario

catalán, que se concreta en la corrupción evidenciada en los últimos años y en la agudización de su tendencia a la privatización. Los efectos han sido un incremento brusco y duradero de las dificultades de acceso a la sanidad pública que se manifiesta principalmente en las listas de espera, con todo lo que ello comporta, y un enorme deterioro de la calidad y la cantidad de la ocupación en el sector público, parejos a un incremento de la sanidad privada que se vería agravado si se extendiera la práctica privada en centros públicos. La lucha contra el saqueo ha sido persistente y ha conseguido poner en cuestión el modelo y plantear seriamente la alternativa de una sanidad pública 100% pública, pero, en estos momentos, ni siquiera es deseable porque nada resolvería; tampoco se vislumbra el retorno a un pasado de alternancia política en el actual régimen autonómico y todo indica que solo un proceso participativo de desobediencia al Estado y a las elites neoliberales puede llevarnos a una Constitución catalana que afiance el predominio de lo público. En eso estamos.

BIBLIOGRAFÍA

Benach, J.; Muntaner, C.; Tarafa, G. y Valverde, C. (2012): *La sanidad está en venta*, GREDS-Emconet, Icaria.

CAS Madrid (2010): *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios,* Traficantes de sueños (disponible en http://www.traficantes.net/libros/por-nuestra-salud).

Gallego Calderón, R. (2000): *Tipus d' agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana*, Barcelona, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, abril (BR04/2000), p. 18.

Serna, R.; Dante, A.; Vidal, D. y Miras, M. (2012): "¿Quién y cómo privatiza nuestra sanidad? Por un modelo sanitario (catalán) sin corrupción", *mientrastanto.e*, 30 de agosto (disponible en http://mientrastanto.org/boletin-105/notas/observatorio-de-salud-5).

CAPÍTULO 4

REBELIÓN BELLVITGE: ACCIÓN DIRECTA CONTRA EL CIERRE DE PLANTAS Y CAMAS

COLECTIVO REBELIÓN BELLVITGE

INICIO DE LAS PROTESTAS

En 2011 nos encontramos ante una situación política con mayoría en el Parlament catalán del Gobierno neoliberal de "Convergència i Unió", que tenía como responsable de salud a Boi Ruiz, quien entre 1994 y 2010 había ejercido como director general y presidente de la "Unió Catalana d'Hospitals", la principal asociación de empresas sanitarias privadas. Ante estas credenciales eran previsibles los ataques a la sanidad pública y los primeros movimientos de protesta, que se inician de manera repentina en el mes de marzo de 2011 cuando la dirección del hospital (Hospital Universitario de Bellvitge) anunció una disminución presupuestaria del 11%, lo que suponía un recorte de, aproximadamente, 30 millones de euros.

Esta disminución del presupuesto afectaba en la vertiente laboral con una precarización todavía mayor a las habituales en la contratación del personal suplente y de sus condiciones laborales, pero afectó de manera especialmente agresiva en la vertiente asistencial, como vaticinamos los sectores más críticos, y esto provocaría un aumento de las listas de espera ante la falta de camas y el cierre de quirófanos.

PRIMERAS PROTESTAS

Ante esta situación de agresión a uno de los principales hospitales de Catalunya se convocan asambleas de trabajadoras/es y se decide el corte de tráfico de la autovía de Castelldefels C31, una de las principales carreteras de acceso a la ciudad de Barcelona y al aeropuerto del Prat. Al día siguiente siguen las movilizaciones con un nuevo corte de tráfico y se aprueba en asamblea mantener la misma acción los miércoles, coincidiendo con el corte de tráfico que se realizaba en otros hospitales de la ciudad afectados también por la situación de recorte presupuestario.

Estas manifestaciones están secundadas principalmente por trabajadoras/es y, a pesar de lo mayoritarias que fueron, estuvieron silenciadas por la mayoría de medios informativos. En el momento en que las movilizaciones fueron cada vez más importantes, y coordinadas con otras movilizaciones y colectivos, ya no pudieron ser totalmente silenciadas y algunos medios, principalmente los medios públicos, atacaron las protestas, alegando que respondían a intereses puramente laboral-económicos y no asistenciales, con unos argumentos muy similares a los esgrimidos por los responsables del Departamento de Salud de la Generalitat; no creemos que tantas similitudes fueran meras coincidencias. Conocedores de las malas prácticas hacia nuestro legítimo movimiento, estábamos convencidos de que la clave de nuestro éxito vendría con la movilización de la población en general, los usuarios/as de la sanidad pública.

INCORPORACIÓN DE LOS USUARIOS/AS A LAS PROTESTAS

En octubre de 2011 se comunica a los vecinos del barrio de Bellvitge de L'Hospitalet, un barrio de 24.600 habitantes, el cierre de uno de los dos centros de atención primaria: el CAP Rambla Marina. Es en este momento cuando parte de la población advierte que la defensa de la sanidad pública no es un tema laboral, sino social, que afecta a toda la población, que hay que luchar para evitar la destrucción de la sanidad pública en beneficio, como ya comenzábamos a entrever en 2011, de las empresas de atención sanitaria, concertada privada y privadas con ánimo de lucro.

Así pues, a modo de protesta, se inicia una ocupación del centro de atención primaria en la que participan asociaciones de vecinos/as, trabajadoras/es de la sanidad pública, organizaciones sindicales, activistas y el naciente movimiento social del 15-M. La okupación del centro perdura durante 222 días y los participantes deciden unirse a las protestas de las sanitarias/os con el corte de tráfico durante 52 semanas ininterrumpidamente y con un número incontable de acciones en defensa de la sanidad pública y contra los recortes en general.

NUEVAS MODALIDADES DE PROTESTA/DENUNCIA

Después de un año de movilización frenético, represalias laborales a los sanitarios/as, represalias legales a los/as activistas, todo esto unido al cansancio y, por qué negarlo, a la frustración ante la incapacidad para conseguir logros evidentes, se decide cambiar de estrategia, de manera que en septiembre de 2012, tras varias reuniones con diferentes entidades de asociaciones de vecinos, organizaciones sindicales y activistas en defensa de la sanidad pública, se desarrolla una Iniciativa Penal Popular (IPP) en la que participan, de manera determinante, la plataforma "Dempeus por la salut pública" y el ex fiscal general del Estado Carlos Jiménez Villarejo. Dicha IPP consiste en cinco formularios de reclamación:

- Espera excesiva para intervención quirúrgica.
- Espera excesiva para pruebas diagnósticas.
- Plazo de espera excesivo para hospitalización.
- Plazo de espera excesiva para consulta.
- Plazo de espera excesiva para derivación o traslado a otro servicio.

Esta campaña sorprende a la dirección del hospital y se consigue que las 220 reclamaciones que se habían presentado hasta noviembre de 2015 fueran resueltas. La ingente labor de asesoramiento y seguimiento de las denuncias la llevaron a cabo miembros de la Federación de Asociaciones de Vecinos de L'Hospitalet, AA VV Prat, de Bellvitge, San Joan d'Espí, Cornellà, así como

la comisión de pensionistas y jubilados de L'Hospitalet; también participaron activistas de Barcelona como Marta y Roger, y algunos sindicatos del hospital. Esta lucha sigue activa desde septiembre de 2012 hasta la actualidad, y además de las denuncias se han recogido más de 100.000 firmas en defensa de la sanidad pública.

CIERRE DE CAMAS: COLAPSO DE LAS URGENCIAS Y DERIVACIÓN DE LA ASISTENCIA A EMPRESAS CONCERTADAS Y PRIVADAS

El Hospital de Bellvitge en los últimos años ha sufrido una progresiva reducción de la actividad quirúrgica y del número de camas de hospitalización; en 2007, el centro contaba con 820 camas, y 769 en 2010, pero en 2011 se reducen en más de 100 camas, pasando a 647; en 2012, además, se cierra una unidad de cuidados intensivos.

En abril de 2014, en un contexto de malestar por el aumento de la precariedad laboral del personal suplente con contratos del 66-75% de la jornada y con otros de duración mensual (en los mejores casos), se anuncia el habitual cierre de unidades del periodo estival. La dirección del hospital excusaba dichos cierres con la idea de que los meses estivales se reduce la población del área metropolitana de Barcelona, aunque los datos de asistencia que proporciona el propio hospital evidencian que la asistencia en los meses de verano en las unidades de urgencias son muy similares a los meses de invierno (la media en agosto de 2013 fue de 244 pacientes/día, mientras que en febrero fue de 260). Hace años que los trabajadores advertimos que los periodos vacacionales son más flexibles y que cada vez hay más personas con dificultad (aumento de la edad de la población y problemas económicos) para hacer viajes. En cualquier caso siempre hemos criticado la justificación del cierre de camas estival como una actividad bochornosa, dado que las listas de espera ocupaban unas cifras espeluznantes. El dato oficial de lista de espera en nuestro hospital era la friolera de 9.511 personas a la espera de someterse a una intervención quirúrgica.

La dirección del hospital aseguraba estar llevando a cabo un plan de reducción de las listas de espera, pero los trabajadores/as sabíamos que esto

era imposible, ya que se realizaban muchas menos intervenciones quirúrgicas y en muchos casos estas eran de cirugía mayor ambulatoria (CMA), que maquillaba los datos generales pero no atajaba los grandes problemas de lista de espera de intervenciones más complejas como las de cirugía cardiaca, donde la lista de espera era alarmante; ante las presiones y protestas, se derivaron pacientes a otros hospitales públicos.

Entonces, ¿cómo era posible la supuesta reducción en la lista global de espera del hospital de la que se jactaba la dirección? A partir de 2014 empezamos a tener datos, nunca reconocidos públicamente, de la derivación de miles de intervenciones de la sanidad pública hacia empresas sanitarias privadas y concertadas y, por lo tanto, con ánimo de lucro. En 2014 hay constatadas un mínimo de 940 derivaciones de usuarios/as de la sanidad pública a la sanidad privada y, curiosamente, la mayoría de usuarios son derivados al mismo hospital privado, lo que sorprende dado la gran cantidad de hospitales privados que históricamente existen en la ciudad de Barcelona. Antes del verano de 2015, fueron también derivadas un mínimo de 500 intervenciones solo de cirugía oftalmológica.

Con estas 500 derivaciones la lista de espera tan solo se había reducido en 400 usuarios, pasando de una lista de espera de 9.511 usuarios en enero de 2015 a 9.111 en noviembre de 2015 (datos oficiales del hospital), por lo que no solo se estaba derivando, sino que estaba disminuyendo la actividad quirúrgica del hospital que, a su vez, generaba más listas de espera y más posibilidad de derivar.

MOVIMIENTO REBELIÓN BELLVITGE

Ante el clima de malestar por las paupérrimas condiciones laborales, el cierre de camas, la lenta capacidad para drenar los pacientes de urgencias hacia las plantas de hospitalización y la disminución de la actividad quirúrgica, miembros de la sección sindical de CGT Hospital de Bellvitge, vecinos/as usuarias del hospital y trabajadores/as deciden iniciar una serie de asambleas y organizarse con el objetivo de llevar la protesta al interior del hospital haciendo partícipes a los usuarios/as ingresados y sus familiares y, por otro lado, denunciar en los medios y en las redes sociales el colapso casi

permanente de las urgencias, con el hacinamiento de pacientes en los pasillos. Este movimiento recibió el nombre de #RebeliónBellvitge en las redes sociales.

El día 20 de junio de 2014, ante el cierre vacacional de la primera unidad de infecciosos 12.1, se desarrolló una serie de acciones que tenía como objetivo informar a los usuarios/as y familiares que ocupaban las unidades que iban a ser cerradas para que se negaran a ser trasladados a otras, ya que el traslado supondría el vaciamiento de la unidad y, por lo tanto, la posibilidad de cierre, que a su vez generaría más demora en urgencias y un aumento de las listas de espera.

Así pues, desde el día 20 de junio, usuarios/as, trabajadoras/es, familiares, vecinos/as, partidos políticos y miembros de la Junta de Personal, ante el intento de trasladar a los pacientes de manera forzosa, se organizan, mediante cuadrantes, para permanecer las 24 horas del día, evitando el traslado involuntario de estos usuarios/as. Se mantienen permanentemente informados mediante grupos de mensajes de texto (WhatsApp); llegó a haber hasta 8 grupos con casi 400 personas intercomunicadas entre sí, además de *e-mails* y Facebook, de manera que los pacientes estuvieran acompañados en todo momento. Ante el más mínimo intento de cierre, se ponían en marcha las comunicaciones y en minutos acudían tanto vecinos como trabajadores. Esta vigilancia permanente la llevaban tanto familiares como personal del hospital que, en su tiempo de descanso para comer, se personaba en la unidad; cuando finalizaba subía otro grupo, siempre en su tiempo libre para evitar las posibles sanciones por abandono del servicio y así impedir el traslado forzoso de los pacientes. Esta acción justo antes del puente festivo de San Juan coge desprevenida a la dirección y a la Conselleria de Sanidad que, en un acto de nerviosismo, "amenazan a algunos de los pacientes" que se niegan a ser trasladados con el chantaje de no ser atendidos tanto en lo asistencial como en no traerles las comidas; al no ceder ante sus amenazas, realizar obras mientras están hospitalizados produciendo ruidos y suciedad con el único deseo de molestar; ya que no estaba previsto hacer obras en la unidad de traumatología 10.1, amenazan con dejar de facilitarles la comida, apagan la luz, etc. Estas amenazas, lejos de amedrentar a los pacientes, aumentaron la resistencia del grupo y tienen efecto mimético en otras unidades: la 9.1 de

neurología, en la 3.1 de cirugía cardiaca y la 6.1 de cirugía digestiva, llegando a ser hasta 13 los pacientes y sus familiares que se negaron a ser trasladados mientras hubiera pacientes esperando en urgencias por una cama. Algunos casos fueron mediáticos, como Dani y Raúl, y tuvieron acogida en los medios de comunicación masivos. Esta situación se mantuvo durante casi todo el verano, ya que las urgencias siguieron colapsadas por falta de drenaje.

Obviamente los usuarios fueron siendo dados de alta y a otros se les trasladó de manera traicionera cuando algunos de estos volvían de quirófano, pero durante dos meses estas unidades no se cerraron y las cerradas en verano se abrieron puntualmente en la fecha prevista, algo que no había pasado ningún año anterior.

Pero sobre todo sirvió para desmontar la mentira que se repetía una y otra vez de que el cierre de unidades respondía a una disminución de la población y la actividad asistencial, cuando se pudo comprobar que las urgencias estaban colapsadas con una asiduidad prácticamente diaria. Por otro lado, en caso de disminución de la asistencia animábamos a la dirección del hospital a reducir las listas de espera en ese periodo, pero la dirección afirmaba que "la gente en verano no quiere operarse porque están de vacaciones". Ante tales justificaciones, saquen sus propias conclusiones.

INAUGURACIÓN DE LAS NUEVAS URGENCIAS O CÓMO INTENTAR DILUIR EL COLAPSO

Con el foco mediático sobre la dirección del hospital en noviembre de 2014, y de manera muy precipitada, se intenta un golpe de efecto/limpiado de imagen con la inauguración de las nuevas urgencias del hospital para intentar evitar las imágenes de colapso permanente de las urgencias. En realidad, en 2012, se deberían haber inaugurado tanto estas como el bloque quirúrgico, las unidades de cuidados intensivos y otras más, pero hasta la fecha únicamente se han conseguido inaugurar las urgencias.

Como decíamos, esta inauguración exprés en la que no se invitó a los miembros de la Junta Personal ni a las asociaciones de vecinos/as acabó en una sonada protesta, con carga del grupo de antidisturbios de la policía

autonómica de los *mossos d'esquadra*.

Las nuevas urgencias ocupaban un espacio aproximadamente tres veces superior a las antiguas, pero continuaban con el problema endémico del escaso número de camas, lo que impedía drenar correctamente a los usuarios/as hacia las unidades de hospitalización, por lo que el colapso se mantenía. Efectivamente, el invierno de 2014, a pesar del tamaño ingente de las nuevas urgencias, se saldó con un nuevo y monumental colapso de las urgencias, uno de los mayores de los últimos años, en el que la incapacidad para drenar pacientes a las escasas habitaciones libres demostró la precariedad del sistema público que maliciosamente había planificado el Gobierno de la Generalitat catalana con el inefable *conseller* Boi Ruiz.

CONCLUSIONES

En los últimos años, el Hospital de Bellvitge ha sufrido una agresión continuada y deliberada mediante unos recortes presupuestarios que limitan la capacidad asistencial, manifestada en la reducción de la actividad quirúrgica y el cierre de camas. Mientras tanto, las empresas concertadas y privadas se ven beneficiadas de un intolerablemente alto número de pacientes que se derivan para intervenirse en estos centros con ánimo de lucro. Esta actividad de reducir presupuesto a la atención pública y (re)pagar por las intervenciones que se realizan en la atención privada es del todo perniciosa y supone un incremento del gasto sanitario. El movimiento #RebelionBellvitge exige la reapertura de unidades de hospitalización y el aumento de la actividad quirúrgica para que no sea necesaria la derivación de usuarios a clínicas privadas, donde además se ha demostrado en numerosos estudios un aumento del coste respecto a la sanidad pública.

El movimiento #RebelionBellvitge aúna personal sanitario y usuarios/as de la sanidad pública y utiliza las redes sociales como herramienta de difusión y de convocatoria; la capacidad de sorpresa para realizar acciones involucrando a los usuarios en listas de espera o en urgencias ha sido un factor determinante en su éxito. Las continuadas protestas supusieron la destitución del gerente del hospital en marzo de 2015; ha habido mejoras en la contratación con un mayor número de contratos de interinajes y se ha

conseguido un compromiso por parte de la dirección de abrir unidades de hospitalización ante las situaciones de colapso de las urgencias.

Todavía queda muchísimo trabajo por hacer de denuncia ante un sistema que ataca la sanidad pública de manera salvaje, pero hemos visto que pequeños grupos de personas bien organizadas pueden ser muy fuertes y eficientes contra las medidas de los gobiernos que especulan con la mercantilización de la salud.

Para finalizar, queremos destacar la mezquindad del Govern de la Generalitat y del partido Convergència i Unió en particular, que solicitan tres años de prisión para ocho personas por expresar la rabia digna ante el Parlament de Cataluña en junio de 2011, donde se iba aprobar la Ley Ómnibus, que ha tenido efectos devastadores sobre los presupuestos de todo el sistema público catalán.

COLECTIVO REBELIÓN BELLVITGE

Es un colectivo de vecinos/as y trabajadores del Instituto Catalán de la Salud que, ante las vergonzosas listas de espera existentes y el colapso del hospital, logró paralizar en el verano de 2014 el cierre de plantas propuesto por la gerencia de dicho hospital. Su lucha demostró que la acción directa, sin mediadores, es la mejor respuesta frente a las agresiones del poder.

CAPÍTULO 5

ANDALUCIA. GESTIÓN CLÍNICA: ESE OSCURO OBJETO DE DESEO

COLECTIVO AMPARO POCH

La denominada gestión clínica se inició hace décadas en los países anglosajones. Inicialmente recibió el nombre de gestión empresarial, para transformarse después en el más aceptable término de gestión clínica (*clinical management*). Bajo este nombre se conocen hoy día una serie de modelos que incorporan a los profesionales (fundamentalmente facultativos) en la gestión de recursos sanitarios. Este es un aspecto que se ha presentado como un avance democrático respecto al esclerotizado modelo tradicional. Para su justificación se ha recurrido a razones variadas: desde una supuesta "insostenibilidad del sistema" a la "existencia de un marco de recursos limitado", a la necesidad de resituar al "paciente como centro del sistema", a "utilizar adecuadamente los recursos para la mejor atención posible de los pacientes", etc. Pero más allá de las justificaciones citadas, el elemento más relevante de la gestión clínica es el que supone introducir mecanismos de gestión de costes en la práctica clínica del personal médico. Este es el auténtico núcleo duro del sector, y principal actor para la reducción del gasto sanitario.

En nuestro país, de la mano de políticos de todos los colores, se nos presenta como la panacea capaz de solucionar los problemas estructurales del

sistema sanitario. Por un lado satisface a gestores, que contienen el gasto y son recompensados por ello. También a muchos profesionales cuya autoestima sube enteros por mor de su inesperada "participación en la gestión". Y al tiempo su práctica diaria se apoya en guías clínicas elaboradas por "expertos" en medicina basada en la evidencia.

Quizás también gusta a sectores de población que, ante el palpable deterioro de la asistencia, ven con buenos ojos que los médicos gestionen los recursos "porque ellos saben mejor lo que necesitan los pacientes". Y por supuesto, a nuestros políticos que, por una vez, parecen haber cumplido una promesa electoral: mejorar (supuestamente) la calidad de la asistencia sanitaria gastando menos dinero del contribuyente. Si a lo anterior le unimos que no hay señales visibles de empresas privadas, y el invento se publicita como un ejemplo de autogestión, todo parece perfecto. Las unidades de gestión clínica son la solución.

En el Estado español los primeros intentos de introducir la gestión clínica se remontan a 1995. El INSALUD y el sindicato médico CESM firmaron un pacto para su desarrollo, que no fue posible llevarlo a cabo debido a discrepancias respecto a los sistemas de evaluación y de incentivación[159]. Ya en la década pasada hay un nuevo intento, esta vez en Andalucía, donde se comienzan a instaurar las primeras unidades de gestión clínica (UGC). En esta ocasión el experimento prospera hasta el punto de que, actualmente, es la comunidad autónoma donde más extendido está el modelo[160]. Existen más de 700 unidades de gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Y La adscripción de los profesionales, que comenzó con carácter voluntario, ha terminado siendo forzosa.

En Asturias se inició el proceso hace unos siete años, y dos años después ya había 32 unidades o áreas de gestión clínica funcionando[161]. El modo de operar es similar: partiendo de presupuestos de gasto históricos, la Administración trasfiere a las unidades de gestión clínica presupuestos virtuales. Establece un pacto de objetivos de consumo de recursos sanitarios (farmacia, derivaciones, pruebas diagnósticas, cobertura de ausencias….). Este no es negociado ni debatido en los centros o servicios y es firmado con el director de unidad. Si hay reducción en el consumo, se reparten incentivos económicos entre los profesionales.

En Catalunya, el ejemplo más cercano es el que conforman las Entidades de Base Asociativa (EBA). Modelo puesto en marcha en Catalunya en 1996 por el Instituto Catalán de la Salud, mediante el traspaso de infraestructuras, pacientes y dinero público a personal médico y de enfermería. El personal sanitario abandona voluntariamente su carácter funcionarial y se transforma en un grupo de socios que constituyen empresas sometidas al ordenamiento jurídico privado y al derecho mercantil y civil en cuanto al régimen de contratación a terceros (sociedades limitadas, anónimas, laborales…) para gestionar el proceso asistencial[162].

En el caso de la sanidad privada, el modelo ya funciona en muchos hospitales desde hace décadas, en un marco de competencia entre los diferentes servicios. Estos se transforman en microempresas que facturan independientemente, y cuyo objetivo en la mejor línea de las escuelas de negocios es lograr las mejores cuentas de resultados económicos.

En los últimos años, las políticas de ajuste han deteriorado las condiciones laborales y la calidad asistencial, provocando movilizaciones profesionales en diversos puntos del territorio. Esto ha obligado a la Administración a modificar su estrategia y, sin renunciar a sus planes de privatización y reducción del gasto pactado con la UE, ha acordado con sindicatos corporativos y colegios profesionales la extensión del modelo por todo el Estado[163]. Es significativo lo sucedido en 2013 en pleno conflicto de Madrid. Aquí el Comité Coordinador Profesional Médico[164] presentó a la Consejería de Sanidad una propuesta de "cierre del conflicto" a cambio de la extensión de la gestión clínica en el sector[165]. Se apoyó, por cierto, en una reducción del gasto sanitario mayor que la que defendía la propia Administración[166]. Poco después, el sindicato médico insistía en "tomar el mando del sistema"[167].

Andalucía, debido al tiempo de desarrollo y a la extensión del modelo, es el territorio donde mejor se pueden sacar conclusiones. Para la elaboración de este artículo se entrevistó a personal médico que se prestó a colaborar con la condición de garantizar la confidencialidad, debido a las presiones e incluso amenazas a las que se ven sometidos por las direcciones correspondientes.

Según confesaron, allí se presentó inicialmente a los profesionales el modelo como una propuesta novedosa, de carácter voluntario y participativo.

Podrían "autoorganizarse", además de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

Esto generó apoyos prácticamente unánimes, tanto entre los trabajadores como entre los colegios profesionales y sindicatos sanitarios, que en ningún momento se posicionaron en contra. Es más, estos últimos apoyaron las propuestas de la Administración para su desarrollo.

Pero después de una década, los trabajadores y trabajadoras del Servicio Andaluz de Salud deberíamos denunciarlos por estafa. Porque es una falacia, un auténtico caballo de Troya introducido en los servicios sanitarios para impregnarlos de valores economicistas y destruirlos desde dentro implantando poco a poco estrategias de mercado en la atención a la enfermedad.

Mientras, los sectores privados que siempre han vivido de la parasitación del sector "público" disfrutan del espectáculo, jalean su extensión, se frotan las manos y preparan estrategias para participar en el negocio cuando el proceso esté maduro y se abra a la "colaboración público-privada".

SOBRE INCENTIVOS ECONÓMICOS

Entre las funciones asignadas a las UGC se encuentran la de "gestionar los recursos de manera eficiente", y la de repartir los incentivos entre los profesionales. Se premia más a aquellos que más se acerquen al cumplimiento de los objetivos marcados anualmente. Las normas establecen que las UCG podrán decidir el reparto de cantidades importantes en concepto de incentivos, de acuerdo con los criterios establecidos por los órganos de dirección del Servicio Andaluz de Salud[168]. En Asturias, sin embargo, los profesionales se pueden repartir hasta el 49% del ahorro generado[169]. En el caso de Catalunya, el ejemplo más cercano es el que conforman las EBA, que tienen personalidad jurídica propia. Pese a la opacidad imperante en ellas, se ha conocido recientemente que los médicos que gestionan estos centros no solo llegan a cobrar el triple que un médico del sector público catalán, sino que cuando se jubilan, al vender sus acciones, llegan a obtener importantes beneficios (hasta 304.000 euros en un caso)[170].

La experiencia de estos años demuestra que los profesionales

desgraciadamente han aceptado el modelo. Solo una pequeña minoría seguimos entendiendo que la labor clínica bajo ningún concepto debería de estar influida por la percepción de incentivos económicos. Menos aún si están condicionados por reducciones del gasto por paciente. Como en teoría indica de manera explícita el Código de Deontología Médica[171], aunque se anima a los médicos a participar en los órganos de funcionamiento de los centros, su objetivo ha de ser "defender los valores del enfermo y del médico". Y los insta a "luchar por la calidad asistencial y a rechazar cualquier remuneración adicional que ataque a esta". Hace mención especial a la "remuneración por productividad" y les recuerda su "obligación de denunciar el deterioro asistencial"[172].

Consideramos que el mayor incentivo que debe tener un profesional sanitario es el de tratar al paciente de la manera que se merece. La calidad asistencial se incrementaría si los profesionales tuvieran el tiempo suficiente de consulta, la alta rotación del personal disminuyese, la eventualidad y la precariedad laboral desaparecieran…, no si se reciben incentivos por recortar la inversión necesaria para cada paciente.

La acción clínica influenciada con objetivos economicistas es muy similar a la que emplean los bancos, dando incentivos a sus empleados por vender productos (preferentes, etc.). Establecen mayores incentivos a medida que se va ascendiendo en la escala laboral y se va incrementando la cuenta de resultados de la empresa (a más ganancias, más incentivos). En el caso sanitario, estos instrumentos disfrazados como mecanismo de corresponsabilidad implican el traspaso desde la Administración a los clínicos, de la ejecución de políticas de recorte del gasto que no tienen nada que ver con la acción clínica en sí. Acaban desvirtuando la propia acción médica y socavando la relación con el paciente.

Así, las políticas farmacéuticas disfrazadas como de uso racional del medicamento, con premios económicos a los prescriptores que más se ajusten a la política de reducción de gasto, acaban pervirtiendo la propia práctica médica. De tal forma que en la atención primaria de Andalucía, el 50% de los objetivos es definido como "crítico". Curiosamente, ese porcentaje es el relacionado con el gasto farmacéutico.

Esta supuesta racionalización de la prescripción se reduce de nuevo al

traslado de la responsabilidad al facultativo. Y eso en un país con miles de especialidades registradas y donde lo más racional sería reducir el vademécum tras su evaluación por agencias públicas neutrales[173]; la puesta en marcha de una industria nacional farmacéutica; compras al por mayor de aquellos fármacos que no puedan fabricarse públicamente; su dispensación directa en los centros, formación continuada a cargo del sistema, etc. Pero no con la presión sobre el prescriptor.

Según uno de los médicos entrevistados, se ha acabado por situar en lugar central el ahorro, por encima de la atención correcta a los pacientes:

> Desde el principio, se nos animaba a esforzarnos en ahorrar para conseguir los objetivos y cobrar la productividad al año siguiente. Así, por ejemplo, empezamos a consentir en cubrirnos unos a otros los permisos y bajas cortas para no gastar, y la máxima del ahorro empieza a invadir nuestra actividad laboral [...] Con los años se pasa de animar a presionar, o incluso coaccionar por conseguir los objetivos. Y de hablar de excelencia a hablar de eficiencia. Desde el inicio de la crisis directamente apelan a la contención del gasto y que no hay dinero. A nuestras quejas, responden de forma condescendiente que es difícil gestionar la miseria.
>
> Tampoco tenemos ninguna autonomía en los recursos. Cada vez hay más objetivos sin aumento de recursos, con la complicidad de las UGC y la tentación de la productividad. Hay que seguir cumpliendo objetivos aunque no nos den los medios. Por ejemplo, la demora cero: un paciente debe de tener cita en 24 horas máximo, pero como no se sustituye a nadie ni se cubren los salientes de guardia, cuando se acaban las citas del día insertan citas dobles en la agenda.

SOBRE LOS INDICADORES

Los indicadores deberían ser un instrumento que permitiera medir los avances o retrocesos en el nivel de salud de la población, y así ayudar a definir las políticas a seguir y/o mejorar los procesos asistenciales. Además, los indicadores deberían estar corregidos por los datos sociales y demográficos específicos de las zonas atendidas. Parece evidente que no se deberían establecer los mismos objetivos en barrios o zonas básicas de salud en los que la esperanza de vida es 10 años inferior a otras, o en zonas con elevados índices de paro, fracaso escolar, de embarazos adolescentes, de consumo de drogas, de problemas de salud mental… lo que en la práctica no ocurre.

Sin embargo, detrás de cada indicador hay un concepto, un objetivo hacia el que se quiere dirigir la administración sanitaria. Y ese objetivo va encaminado a la contención del gasto por paciente, sin considerar este gasto como una inversión que repercute en la salud colectiva de toda la población.

De cara a la galería, la Administración defiende que los indicadores "se consensuan y pactan con los profesionales cada año, adaptándolos a los diferentes criterios de evidencia científica, calidad y eficiencia, entre otros"[174]. Sin embargo, los indicadores generales son impuestos a las UGC, y su inmensa mayoría de una forma u otra, van dirigidos a la reducción del gasto por paciente. Este objetivo solo es posible mediante la implicación del sector profesional que tiene la capacidad para generarlo, es decir, los médicos. Así nos encontramos con que en la práctica una "mejor atención" se equipara a reducción del gasto en la mayor parte de las ocasiones, sin tener en cuenta factores fundamentales que intervienen en la calidad de la atención sanitaria.

Otro médico confiesa:

> Los objetivos de las diferentes unidades pueden estar enfrentados entre sí. Por ejemplo: en primaria penalizan si derivamos mucho al especialista (llegando a recibir amenazas), y al especialista le pasa lo mismo si revisa mucho y no resuelve la consulta en "acto único". En ocasiones nuestros pacientes se encuentran en un limbo porque el especialista le da el alta de forma precipitada y su médico de primaria no quiere gastar otra derivación en volver a mandarle al especialista si el motivo de consulta no mejora. Al final se enreda en una burocracia que tiene que resolver el propio paciente, hasta que el sistema decide a quién le cuenta la derivación…
>
> Directamente se promueve la competencia por la consecución de objetivos entre profesionales y unidades. Los directores de unidad acuden a reuniones del distrito donde les presentan la posición en la consecución de objetivos, qué unidades han ahorrado más y cuáles son las más "gastonas". Allí solo ven números y gasto sanitario desbordado y vuelven a los centros con la lección aprendida: nos hacen responsables fundamentales de la gestión del gasto tanto al paciente como al profesional. Encima de esto los objetivos van cambiando todos los años. Cada vez son más estrictos y difíciles de conseguir, porque se ha visto que los profesionales con objetivos cumplidos se acomodan y no se siguen esforzando.

Curiosamente, la continua utilización por la Administración del discurso de "promoción de la salud" no se traslada en la práctica a los objetivos de estas unidades. La actuación sobre los principales determinantes del estado de salud de la población (medioambientales, sociales, económicos, laborales,

estrés crónico…), aquellos que inciden poderosamente en la morbimortalidad, no aparecen como objetivos prioritarios de actuación de estas unidades. Por tanto, la actuación real contra dichos determinantes es inexistente, como en el modelo de atención sanitaria que se pretendía sustituir.

SOBRE PERVERSIONES Y PROBLEMAS

La extensión de este modelo ha generado importantes problemas entre los diferentes servicios y/o centros. Y no solo por la competencia desatada entre las distintas unidades con el objetivo de minimizar costes asignándoselos a otras unidades (caso de pacientes con pluripatologías, por ejemplo, que son "rebotados" en ocasiones entre unidades), sino porque es muy factible que desde el punto de vista financiero existan unidades de gestión clínica rentables y otras no rentables (centros de salud ubicados en zonas deprimidas; servicios hospitalarios de alta complejidad y con largas estancias como unidades de quemados y UCI…).

Incluso en el caso de la prescripción farmacéutica, la imputación del gasto a los médicos de atención primaria de la prescripción efectuada por los especialistas, provoca diariamente conflictos entre los profesionales.

En el caso de las derivaciones, la Administración ha llegado a establecer "cupos máximos" de derivaciones desde el médico de atención primaria al especialista. De esta forma, una vez superado el número establecido, "el sistema rechaza las siguientes o se quedan retenidas hasta que se inicie un nuevo ciclo"[175].

Otro de los problemas cotidianos detectados es la obsesión por el registro. En opinión de otro facultativo:

> [...] se registra todo y más (aunque sea de forma fraudulenta). Esto está pasando, muchos profesionales en lugar de visitar pacientes dedican horas a cumplimentar historias con iconos para cumplir objetivos, o calculan cuántos tratamientos necesitan poner/quitar de uno de los indicadores para que puntúe [...]

El mismo médico se refiere la burocratización excesiva de la actividad y la deshumanización:

> [...] te fijas más en meter los valores de analítica y pruebas en el casillero correspondiente

qué es lo que puntúa que en mirar a la cara al paciente [...]

Este sistema perverso nos enfrenta a nuestros pacientes. Tienen la sensación de que no les atendemos con interés, que no queremos recetar, ni derivar al especialista […] En los hospitales hay muy mal ambiente por la presión asistencial y el maltrato a los eventuales de todas las categorías laborales. Así que el que puede se va a otra comunidad u otro país, donde ofrecen mejores condiciones laborales.

Entre la profesión sanitaria cada vez está más extendida la idea de que el paciente abusa del sistema. Nos han convencido de esto y los vemos y los tratamos como el enemigo.

O cuando la medicina basada en la evidencia o los protocolos consensuados por decenas de expertos acaban olvidando al enfermo para centrarse en la enfermedad. Se llega a cambiar el enfoque asistencial. Como ocurre por ejemplo con las presiones externas para reducir la duración de las IT, por mutuas privadas o la propia Inspección, en lo que parece una carrera por despojar del control del enfermo al médico de atención primaria[176].

SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEMOCRÁTICA

Aunque el modelo de gestión clínica repite machaconamente que está basado en la autogestión, y una de sus justificaciones más sonoras es la de "situar al paciente en el centro del sistema", curiosamente no se otorga participación alguna al usuario. No lo hace ni en los procesos de evaluación ni en la toma de decisiones, a pesar de que en definitiva es este quien sostiene con sus impuestos al sistema.

Esquemáticamente podríamos definirlo como "todo para el paciente, pero sin el paciente". En ninguno de los modelos citados (Andalucía, Asturias) se plantea la mínima posibilidad de acceso a la información, publicidad y transparencia de los datos económicos, de actividad o de calidad. Y por supuesto, mucho menos a los mecanismos de gestión democrática real de los recursos por parte de aquellos a los que va dirigida la atención. En el caso de Andalucía, se establece la elección al azar de dos personas que formarán parte de la Comisión de Participación Ciudadana con funciones asesoras[177]. En la práctica no están funcionando. En el caso de Asturias, se reincide en los fracasados consejos de salud de zona, sin atribuciones reales decisorias de ningún tipo.

En cuanto a la participación de los profesionales, la "descentralización de

la toma de decisiones" en realidad es inexistente. Lo fundamental, que es la definición previa de objetivos y la elaboración de indicadores, no está sujeta a participación alguna, son establecidos por la propia Administración y son impuestos a través de los directores de unidad. Pero ellos no han sido elegidos ni por los profesionales ni por la población. Son cargos de libre designación, y son ellos los que firman el acuerdo de gestión clínica con la gerencia.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La aplicación de la gestión clínica ha supuesto un cambio organizativo respecto al modelo tradicional. Por primera vez se ceden algunas responsabilidades de gestión a los profesionales. Sin embargo, lo que se presentaba como un avance ha terminado generando, en muchas ocasiones, una nueva cultura en la que lo que prevalece es el registro continuo de actividad y datos. Una cultura en la que no son excepcionales los enfrentamientos entre profesionales y en ocasiones con los pacientes, debido a que el sistema ha reforzado la tendencia a situar al gasto por paciente en el lugar central del proceso asistencial. Al mismo tiempo, se trata más de atender enfermedades que de establecer canales de comunicación con los pacientes y tratar de entender la génesis de las enfermedades.

Actualmente las unidades de gestión clínica en Andalucía no pueden considerarse en sí un nuevo tipo de privatización (mientras no dispongan de entidad jurídica propia). Sin embargo introduce un elemento quizás más peligroso: la tendencia a la monetarización de cada acto clínico. Se dota a los profesionales de la falsa sensación de libertad clínica, mejora y autonomía (que en la práctica no se han constatado), dado que se imponen las decisiones preestablecidas por una elite de políticos y gerentes.

La competencia entre los diferentes profesionales de la unidad por la apropiación de importantes incentivos económicos variables[178] no parece haber generado una medicina de mejor calidad. Mientras que problemas estructurales del sistema (infrautilización, listas de espera, conflictos de intereses público-privado…) se han ido cronificando. Se debería tender hacia el establecimiento de salarios dignos, y promover la colaboración entre

profesionales y no la competencia entre ellos.

Se ahondan las raíces del modelo gerencialista a través de la descentralización de competencias en la figura del director. Es más cercano a los trabajadores, y por tanto con mayor capacidad para poder presionar directa y continuadamente para la reducción del gasto. Además, hemos constatado la penalización y presión sobre aquellos que no aceptan acríticamente el modelo o lo critican públicamente.

No ha existido ningún avance en cuanto al establecimiento de mecanismos que permitan la participación real en la gestión de trabajadores y pacientes. Somos conscientes de que la democratización del sistema sanitario solo será posible mediante la implantación de mecanismos que garanticen la transparencia y el acceso a todos los datos, la toma de decisiones de trabajadores y usuarios en la gestión diaria, así como un cambio de enfoque que, sin abandonar la atención a la enfermedad, integre como prioritaria la actuación frente a los determinantes del estado de salud de la población.

No podemos acabar sin recordar que, detrás de estas políticas mercantilistas, se esconden los principios neoliberales del tipo *starve the beast*[179] para ir deteriorando al sistema público-estatal en favor del sector privado, de la misma manera que lo hemos visto hacer en otros países de nuestro entorno.

ANEXO 1. CONSIDERACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA DEONTOLÓGICO DE LA PRÁCTICA MÉDICA (CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE 2011)

SECCIÓN II (PRINCIPIOS GENERALES)

Artículo 5:

4. "El médico jamás perjudicará intencionadamente al paciente. Le atenderá con prudencia y competencia, evitando cualquier demora injustificada en su asistencia".

Artículo 7:

4. "El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición".

5. "Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a

denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes".

SECCIÓN IV (CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA)
Artículo 21:
3. "El tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia y eficiencia en su trabajo".

Artículo 23:
4. "Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad. Tienen un deber deontológico de honradez y ejemplaridad".
5. "El médico no puede aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier otra disposición que atente objetivamente contra la calidad de su asistencia".

COLECTIVO AMPARO POCH

Este colectivo lo componen trabajadores/as del sector salud de diferentes puntos del Estado, que tratan de aportar propuestas de debate y crítica sobre el sistema sanitario y la salud. Dada la precariedad laboral en la que viven, y para evitar posibles represalias, eligieron escribir bajo este nombre y, de paso, reivindicar el papel, prácticamente desconocido, de la médica, activista antifascista, libertaria y escritora, fallecida en el exilio de Toulouse en 1968.

CAPÍTULO 6

FRANCIA: LA LUCHA DE LA COORDINADORA NACIONAL EN DEFENSA DE LOS HOSPITALES Y MATERNIDADES DE PROXIMIDAD

MICHEL ANTONY Y PATRICK TOURNADRE (CNDHMP)

ORÍGENES, MOVILIZACIONES Y OBJETIVOS DE UNA EXPERIENCIA FRANCESA EN DEFENSA DE UNA ASISTENCIA SANITARIA PARA TODOS Y TODAS

En Francia, a finales de los años ochenta del pasado siglo comenzaron a ser ejecutadas las políticas de desmantelamiento y deterioro de la asistencia sanitaria "pública", cuyos efectos fueron más perceptibles en un primer momento lejos de los grandes núcleos urbanos, en las zonas rurales, lo que propició el inicio de procesos de autoorganización entre los sectores más concienciados de ciertas zonas rurales, que iniciaron las movilizaciones por defender y promover los "hospitales y maternidades de proximidad"[180], así como un acceso igualitario a la sanidad. Las movilizaciones se generalizaron a zonas urbanas a fines de los noventa y se desarrollaron aún más a partir de 2007, frente a la desastrosa política sanitaria de Nicolás Sarkozy y de su ministra de Sanidad Roselyne Bachelot.

2004: FUNDACIÓN DE LA COORDINADORA NACIONAL

Fruto de las políticas sanitarias de cierre y reconversión de centros "no rentables" económicamente, inicialmente los situados en las zonas menos urbanizadas, en distintas partes de Francia se fueron creando numerosos comités para oponerse al desmantelamiento de esas estructuras sanitarias. Muy importante fue la movilización popular de Paimpol en Bretaña, así como la ocupación del viaducto de Millau (Aveyron) por el comité de Saint-Affrique, que permitió romper el bloqueo informativo y dar gran relevancia a todas esas movilizaciones.

Así, a principios de 2004, el Comité de Vigilancia de Lure (Haute-Saône) organizó y convocó un referéndum popular para defender las urgencias de los hospitales locales, amenazadas de cierre, en el que se involucraron 103 municipios y la mitad del censo electoral de la zona. Presentes en Lure para apoyar la iniciativa de la consulta, el alcalde y los representantes de los comités de Saint-Affrique y de Lure tomaron la decisión de federarse y extender la lucha a otros puntos de Francia. Así, tres meses después (abril de 2004), unos 30 comités reunidos en Saint-Affrique fundaron la Coordinadora Nacional en Defensa de los Hospitales y Maternidades de Proximidad (CNDHMP).

Alain Fauconnier, alcalde de Saint-Affrique, fue el primer presidente (2004-2006); le sucedió Michel Antony, del Comité de Lure (2006-2013). De 2013 a 2015, Françoise Nay (Comité de Ivry sur Seine-Val de Marne) y, actualmente, Hélène Derrien (Montluçon-centro de Francia) siguen coordinando una estructura asociativa que abarca más de 120 localidades.

La CN decidió organizarse como asociación conforme a la ley de 1901, con un Consejo de Administración formado por los representantes de los diferentes comités regionales y locales federados. Con un respeto escrupuloso de su autonomía y su libertad de acción, la CN ofrece a los comités la posibilidad de una reflexión colectiva y de una estrategia común elaborada en asamblea general durante dos encuentros anuales.

Esta federación es totalmente autónoma respeto a cualquier colectividad, partido o sindicato. Desde 2008 es reconocida como asociación oficial y autorizada por el Ministerio de Sanidad, pero sus posiciones, consideradas a menudo como demasiado radicales, le impiden estar presente en los órganos administrativos sanitarios: sufre un ostracismo real por parte de las instancias

públicas.

TRES OBJETIVOS PRIORITARIOS

Desde su fundación, la CN ha definido y precisado tres objetivos fundamentales.

Primero la defensa del mantenimiento de los centros sanitarios ante las amenazas de cierre que presentan las propuestas de la Administración disfrazadas como "racionalización", "ordenación" o "integración" de servicios. La cercanía de los servicios sociosanitarios es lo que mejor responde a las necesidades inmediatas de los pacientes y sus familias. La idea directriz e inicial de la CN es mantener, promover (y reabrir) los SHTP (Sitios Hospitalarios Territoriales de Proximidad), estructuras que cuentan con la mayoría de los servicios básicos imprescindibles: cirugía, maternidad, centros IVE (interrupción voluntaria de embarazo), cardiología, laboratorios, radiología, servicios de urgencias y reanimación, SMUR terrestre (Servicio Móvil de Urgencias Regional)… además de las estructuras administrativas y de acogida adecuadas.

En segundo lugar la defensa del sector sanitario público, porque es el único que garantiza un sistema de sanidad de menor coste, abierto y accesible a todo el mundo, sin discriminación de nacionalidad, sexo, edad o recursos.

Es el único también capaz de atender las exigencias de una red territorial igualitaria y una ordenación solidaria del territorio. Eso exige mejorarlo cualitativa y democráticamente y con más protagonismo de los representantes de los usuarios, que, con control vecinal, podrían encargarse de la gestión para el beneficio de todas las personas.

Por último, la lucha contra las reestructuraciones y privatizaciones del sistema sanitario. Disfrazadas como "centralizaciones" o "reestructuraciones", no dejan de ser medidas autoritarias que persiguen alejar a la gente de los centros sanitarios y aumentan los riesgos, la inhumanidad, los gastos económicos y ecológicos, las pérdidas de tiempo perjudiciales para la salud de las personas afectadas, destruyendo además cualquier posibilidad de control democrático.

La CN denuncia todas las privatizaciones que consideran la salud como una mercancía y priorizan los resultados contables a expensas de los intereses de la población. Poner en primer plano el interés financiero en la gestión de las estructuras públicas y privadas es contradictorio con un punto de vista global y humanista de la sanidad. De esta forma, la prevención, el consejo, la educación para la salud se ven reducidos al mínimo por ser juzgados no rentables. También los recursos para la medicina escolar y la medicina del trabajo son reducidos cada vez más.

Por ello, desde su creación la CN evoluciona hacia una defensa y una mejora del sistema sanitario en nombre de una visión global y social de la salud. Sigue defendiendo y promoviendo los hospitales y las maternidades de proximidad, pero hoy defiende aún más todos los aspectos de la sanidad pública y el acceso a la atención sanitaria: prevención, centros de salud de proximidad, medicina escolar y del trabajo, centros para personas discapacitadas y/o en pérdida de autonomía.

POR UNA CONVERGENCIA DE LAS FUERZAS A NIVEL NACIONAL Y EUROPEO

La CN intenta hacer converger las fuerzas nacionales que, como ella, defienden los Servicios Públicos. Desde el principio está relacionada con asociaciones de usuarios y electos. Desde 2005, tras la reunión de Guéret, decidimos formar parte de la Convergencia nacional de los Comités en Defensa y Promoción de los Servicios Públicos.

En 2011 contribuimos a la creación de la Plataforma Nuestra Salud en Peligro (NSED), que reúne a decenas de organizaciones. Esa voluntad unitaria instigó la acción nacional del 2 de abril de 2011, organizada en casi todas las regiones francesas para oponerse a las “superprefecturas” instauradas por la ley HPST: las Agencias Regionales Sanitarias (ARS) y algo poco frecuente: la acción consiguió movilizar a más de 110 partidos, sindicatos y asociaciones nacionales, así como 125 organizaciones regionales y locales.

Conscientes de que Europa sigue siendo por muchos aspectos un lugar privilegiado para la salud de sus habitantes, por supuesto la CN lucha contra

todas las evoluciones negativas que afectan los países de la UE: privatizaciones, reestructuraciones…, por eso intenta reforzar los lazos con las asociaciones internacionales cercanas, las cuales están acogidas en el sitio de la CN.

Participamos en la Red Europea y somos favorables a su ampliación. Durante los dos encuentros anuales de la CN se evoca cada vez más la situación en países vecinos. Así, en el encuentro en Ruffec de mayo de 2014, la CN pudo contar con la presencia activa de militantes procedentes de España, Grecia y Bélgica.

En abril de 2005 la CN participó en las Jornadas Europeas organizadas en Madrid por la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad pública (CAS).

FORMAS DE LUCHA Y RESISTENCIA

A nivel nacional, la CN lucha por una concepción global de la sanidad y por una democracia sanitaria reforzada en beneficio de las personas interesadas: usuarios y profesionales. Pone en valor la igualdad territorial en el acceso a la atención primaria y una ordenación equilibrada del territorio.

Los diferentes comités de la CN, en total autonomía, eligen y utilizan diversos métodos y acciones directas para defender sus intereses: jornadas de información y debates, manifestaciones, apoyo a las huelgas de los trabajadores y trabajadoras del sector, votaciones de iniciativa popular permitiendo a la gente dar su opinión sobre los proyectos (por ejemplo, Lure, Lézignan-Corbières, Ivry-sur-Seine), organización de cadenas humanas en torno a los servicios públicos amenazados, o edificios emblemáticos, bloqueo de calles, rotondas, puentes (Viaduc de Millau), trenes…, también uso de los instrumentos jurídicos y administrativos (Tribunal Administrativo/de lo Contencioso), a veces con grandes victorias (Carhaix, Luçon, Valréas…), contrainformación en todos medios de difusión posibles y con medios propios: octavillas, exposiciones fotográficas o vídeo…

Desde 2016 nos enfrentamos a una nueva ley (Ley Touraine) que aspira a agrupar sistemáticamente las estructuras sanitarias en torno a grandes centros llamados GHT (Agrupamientos Hospitalarios de los Territorios). Bajo diferentes pretextos y vagas propuestas de “modernización” y

“racionalización”, el objetivo de estos GHT es el de suprimir servicios, miles de camas y miles de puestos de trabajo. Por ello, las asociaciones, los sindicatos y la CN son cada vez más necesarios para defender y mejorar el servicio público de sanidad de proximidad que es, más que nunca, prioritario.

En Francia como en Europa tenemos que conseguir imponer un sistema de sanidad gestionado por los usuarios para satisfacer sus necesidades.

COORDINATION NATIONALE
des Comités de Défense des Hôpitaux
et Maternités de proximité

CAPÍTULO 7

EL PROCESO DE LA AUTOORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN PETRALONA (ATENAS). PIPKA: UNA EXPERIENCIA DE CREACIÓN DE UN ESPACIO DE SALUD AUTOGESTIONADO

ESPACIO SOCIAL PARA LA SALUD DE LA ASAMBLEA DEL BARRIO DE PETRALONA

Traducción de Eugenia Lindo y David G. Ferreiro

INTRODUCCIÓN

Las cuestiones sanitarias están generalmente condenadas a ser discutidas en lugares académicos y los platós de televisión, realizándose de manera aislada, lo cual limita el acceso a cualquier persona que no sea una experta. La concepción soberana de lo sanitario es una verdad única que solo los expertos pueden poseer y el resto de personas se ven obligadas a cumplir. La salud, sin embargo, es algo que nos concierne a todas las personas; la intervención sobre nuestro cuerpo, su tratamiento y su situación son preguntas que deben preocuparnos. No debemos olvidar que el entorno en el que vivimos, la comida que comemos, nuestro estado económico y social y la presión que sufrimos a diario son factores que influyen de manera decisiva sobre nuestra salud. Es más, no queremos olvidar que aquellos que son responsables de su destrucción suelen ser presentados como "sus salvadores", directa o indirectamente. El mismo sistema que construye las antenas de telefonía móvil en nuestros barrios en pro de la productividad condena a muerte o a enfermedades crónicas a cientos de sus trabajadoras, creando un ambiente social de aislamiento y desesperación al mismo tiempo y, a su vez, invierte en la industria farmacéutica y en los hospitales privados, adquiriendo enormes beneficios de la gestión del miedo, las necesidades y el dolor.

Sin embargo, más allá de las dimensiones económicas más evidentes, la

salud constituye también una forma de conducción, control y sumisión. Algunos grupos sociales están excluidos por completo del acceso a los medicamentos y al sistema sanitario, mientras que las masas son aterrorizadas por los medios de comunicación, contribuyendo en aumentar así la marginación y sirviendo políticamente a aquellos que invierten en mantener a las multitudes con miedo.

Un ejemplo de esto es caracterizar a las personas inmigrantes como vectores de enfermedades olvidadas, peligrosas, y que constituyen amenazas para la gente "civilizada". A todo lo anterior se añade la experiencia diaria que viven muchos en los hospitales públicos, el "dinero de incentivos" y la corrupción, la prescripción excesiva de medicamentos y la falta de personal; juntos componen una imagen de degradación perfecta, presentando como única salida o solución al sector privado.

DICIEMBRE, 2008

Durante la revuelta de diciembre de 2008, la "Asamblea por la Salud" fue creada entre los profesionales sanitarios y los no profesionales con el objetivo de reflexionar y actuar sobre asuntos referentes a la salud como un derecho, el libre acceso a las consultas médicas y las condiciones laborales de los profesionales de la medicina.

Una medida fue ocupar simbólicamente los mostradores de recepción (tras producirse la implantación de las políticas del FMI, mediante la cual se introdujo una cuota limitando el acceso a la sanidad pública a menos que se pagase por ella) de dos hospitales principales, provocando que los pacientes tuvieran que ser atendidos por los departamentos de accidentes y emergencia, los cuales sí eran libres de pago en el momento de su uso. En ese momento tuvo lugar la idea de crear un centro médico social; era una idea vaga, llena de preguntas y contradicciones.

Y, así, empezamos a hablar de la idea de "otra sanidad", una noción que subvertía el papel de los expertos y violaría el concepto binario de persona sana o enferma. Por otra parte, nos imaginamos una idea de sistema sanitario que tratara los problemas de manera integral y animara a las personas a participar activamente en las decisiones que afectan a su vida y su cuerpo.

En la conformación de estos pensamientos era importante para los compañeros, que no eran del campo médico, participar en los debates que, junto a los profesionales de la medicina, pondrían estas ideas en marcha. La participación de la comunidad local en el sentido de autoorganización y la acción no mediada también fue importante.

EL PRINCIPIO DE LA OCUPACIÓN

El espacio sociosanitario se encuentra en el antiguo edificio Pikpa, en Ano Petralona. Es una casa de piedra (como son las casas de este barrio) donde, hasta finales de los noventa, las familias inmigrantes y lugareños de Petralona y Thissio recibían atención primaria. En el comienzo de la última década, Pikpa fue cerrado y la casa de dos pisos permaneció abandonada. Dado que las personas que participaron en la "Asamblea de la Salud" también participaron en la Asamblea Barrio que tuvo lugar alrededor de ese tiempo en Petralona, estos dos conjuntos se reunieron y decidieron, en abril de 2009, hacer una sentada frente al edificio abandonado del ex-Pikpa, con el fin de que este lugar albergara sus deseos y lo utilizaran para servir a sus necesidades (y por lo tanto las necesidades del barrio).

La sentada fue organizada por la Asamblea Barrio, mientras que la Asamblea de la Salud fue procesando la idea de un centro médico social. La elección de llevar a cabo una sentada frente a las puertas del edificio abandonado fue tomada con el fin de subrayar el carácter del proyecto y acercarse a otros proyectos autoorganizados.

EXPERIENCIA Y REFLEXIÓN, 2009-2011

Desde el inicio del centro médico social en abril de 2009, su objetivo era conectarse a la asamblea local de la vecindad. Se convirtió en un imperativo para las cuestiones de salud al introducir en el campo las asambleas barriales.

Las primeras propuestas que fueron depositando con respecto a lo que se podía hacer en el lugar del ex-Pikpa fueron las siguientes:

- Los debates y sesiones informativas alrededor de enfermedades específicas definidos por la medicina occidental; por ejemplo, diabetes mellitus.
- Discusiones y sesiones informativas sobre el tema de los efectos de la destrucción del medio ambiente en la salud; por ejemplo, la radiación electromagnética que emanan las antenas de telefonía móvil, etc.
- Discusiones y sesiones informativas sobre el efecto del trabajo en nuestra salud (las enfermedades laborales); por ejemplo, el estrés diario en el trabajo.
- Lecciones en primeros auxilios.
- Creación de programas de autoayuda; por ejemplo, relacionados con la salud mental.
- Investigación de las necesidades de los grupos socialmente excluidos, como los no asegurados, los parados e inmigrantes, etc. Y solidaridad práctica a través del colectivo.
- Estudio de atributos terapéuticos de las plantas medicinales y su cultivo, de modo que puedan ser utilizados como medicinas alternativas.
- Creación de biblioteca con material relacionado con la salud para informar sobre temáticas que puedan interesar a los usuarios.
- Apertura en ciertos horarios durante la semana como un espacio de encuentro, interacción y asesoramiento en temas de salud.

Y así, se inició un proceso paralelo con cuestiones como “la salud como un derecho”, la atención sanitaria, el acceso gratuito a los servicios médicos y las condiciones de trabajo en el campo médico. El objetivo principal del conjunto para la salud, además de intervenir en cuestiones médicas y en la creación de un espacio social sanitario (que no tendría como objetivo

exclusivamente a los pobres), era desarrollar un enfoque teórico y práctico de otro tipo de salud y atención sanitaria, lejos de la comercialización, las relaciones de poder y la medicalización, movilizándose hacia un lugar que tenía como objetivo difundir el conocimiento y maximizar la capacidad de todas las personas a participar en la toma de decisiones por su propia salud.

Poco después, el "espacio de asesoramiento para la salud" se estableció y se comenzó a abrir dos días a la semana, convirtiéndose en el primer intento de poner en práctica un proyecto de atención primaria en el barrio.

Al mismo tiempo, el espacio sería la sede de las conversaciones sobre cuestiones actuales de salud. El contacto con otros colectivos, así como con las asambleas barriales de otras zonas de Atenas, fue establecido con el objetivo de compartir información sobre las novedades en el campo del cuidado de la salud y las cuestiones relativas al Sistema Nacional de Salud (ESY). La Asamblea de la Salud publicó un folleto titulado: "Mirando a través de la bola de cristal", al mismo tiempo que se coordinaron con otras asambleas barriales y participaron en ocupaciones simbólicas de la recepción en varios hospitales.

Los dos primeros años han dejado un importante contenido de experiencias para la Asamblea para la Salud, y se hicieron evidentes las deficiencias del enfoque original. Si bien se considera que, desde el principio, la creación de un centro médico social abordaría y abrazaría primero, y ante todo, la comunidad local de Petralona para apoyar el proyecto, en la realidad este fue abordado por los individuos, en su mayoría politizados y con una cierta ideología. La comunidad local, por un lado, no era capaz de incorporarse a este esfuerzo, abrazarlo y participar en su formación y, por otro lado, la Asamblea de la Salud no pudo acercarse a la comunidad de manera efectiva, ya que no estaba lista. Su razón de ser: no funcionar como una unidad autónoma de "expertos" en salud se dificultó con los límites de la sociedad local, ya que, para llegar a la visión de salud personal, el bienestar y el equilibrio, se requieren altos grados de participación activa con la comunidad local, sin delegar responsabilidades a otros. Y así, la cuestión de si el centro médico social se integraría en la comunidad local y que esta participaría activamente en su funcionamiento en el espíritu de la solidaridad, la ayuda mutua, la esperanza y la visión de otro mundo se mantuvo en marcha como un

proceso abierto.

CRISIS SOCIOECONÓMICA. ESPACIO SOCIOSANITARIO, 2011

A la luz de las nuevas circunstancias, la Asamblea de la Salud no podía ignorar la exclusión de miles de personas sin seguro médico y la creación de un sistema de salud cada vez más privatizado. Este nuevo clima político promovió una escalada en la acción; el camino hacia el colapso total del Sistema de Salud Público ya había sido allanado por el FMI y el Estado griego. Al mismo tiempo, varios "centros médicos sociales" con características heterogéneas comenzaron a surgir en toda Grecia y las asambleas barriales fueron creciendo en número obteniendo un nuevo impulso, sumando la promoción contra las instituciones para apoyar las preocupaciones de nuestra vida cotidiana.

Desde noviembre de 2011, la estructura de atención primaria de la salud en el antiguo Pikpa ha sido reformada, la amplitud de los participantes ha aumentado tanto en número como en calidad y el proyecto ha sido renombrado como espacio social para la salud.

El espacio está abierto dos veces a la semana durante tres horas por la tarde, y está dirigido por una asamblea semanal del Grupo de Trabajo para la Salud de la Asamblea Vecinal. Durante el horario de apertura, parte del espacio se ofrece como un lugar de encuentro y otra parte está especialmente formada para ver a los pacientes. El horario del Espacio Social para la Salud está diseñado como un sistema de turnos cada mes, tanto para los profesionales de la medicina (neumólogo, cirujano, ortopedista, GP, otorrinolaringólogo y grupos de apoyo para los problemas de salud mental) como para los profesionales no médicos.

EL NOMBRE

¿Por qué Espacio Social para la Salud (SSH) y no simplemente centro de salud social? Porque queremos hacer hincapié en que el proyecto no es más que un lugar donde alguien puede solicitar una reunión con un profesional de la salud. Nos esforzamos por crear un espacio donde el conocimiento

especializado de un profesional de la salud va a interactuar con la opinión del paciente con respecto a su cuerpo y su vida, basándose esta interacción en una constante búsqueda del equilibrio y no en una relación de poder entre las dos partes. Vemos este objetivo realizado en los casos en que alguien visita el espacio con una consulta particular y que esta es respondida antes que en una consulta privada con un profesional de la salud. También puede ser que un visitante pase por el SSH al mismo tiempo que otro, el cual le puede proporcionar respuestas, transmitir síntomas similares y formas de tratamiento.

El nombre de nuestro proyecto significa la igualdad de participación de profesionales de la sanidad y otros miembros. No damos más valor a una o a otra parte, creemos que se entrelazan. La SSH es un proceso de aprendizaje permanente para todos, a través de conversaciones con personas que tienen conocimientos médicos. La discusión a menudo se deriva de las consultas que recibimos. En algunos casos, los profesionales no sanitarios han obtenido la capacidad de manejar las solicitudes que son más simples y/o específicas de los pacientes (por ejemplo, medición de la presión arterial).

Usamos el término SSH porque, a través de seminarios y clases de autoformación, pretendemos difundir este conocimiento en la sociedad. Utilizamos este término porque, junto con la creación de un espacio de atención de la salud, nos interesa organizar nuestra respuesta colectiva al colapso del sistema de atención sanitaria y la exclusión de un porcentaje cada vez mayor de la sociedad. Utilizamos este término porque no hay uniformes blancos médicos o paredes esterilizadas, pero sí un ambiente cálido donde alguien puede sentirse relajado y discutir su problema con nosotros. El proceso de construcción de un enfoque diferente a la salud implica contribuir al empoderamiento del "paciente" para que pueda desempeñar un papel activo y decisivo en el procedimiento; abrir esta discusión en un sistema asambleario contribuye a este fin. No vemos la enfermedad como una enfermedad maldita que debe permanecer encerrada en pasillos deprimentes del hospital, sino como un estado que necesita su propio tiempo, espacio y atención. Incorporar en la red social un espacio de salud que también combina otras actividades sociales y grupos de personas (por ejemplo, un grupo de niños, clases de español, proyecciones de

películas) crea una relación más cercana del "paciente" o residente con la salud como parte de su vida social y no como un intermedio de ella. Además, utilizamos este término porque nos consideramos parte de la sociedad que actúa desde y para la sociedad. En consecuencia, cualquier mediación y la conexión con los agentes institucionales "solidarios" es impensable e innecesaria para nosotros.

COMUNICACIÓN

La SSH se abre dos veces a la semana (martes y miércoles), durante seis horas en total (17:00-20:00 h). El calendario mensual se socializa en el barrio a través de carteles en lugares fijos (farmacias, minimercados, panaderías, tiendas de comestibles, librerías, supermercados), y a través de Internet.

Esta práctica crea un punto fijo de referencia donde el barrio puede ver (y puede buscar) el calendario en cualquier momento y contribuye a dar un sensación de familiaridad, ayudándoles a sentirse lo suficientemente cómodos como para visitar el lugar.

Las farmacias tienen un papel muy importante en esta red; por un lado, llevando información a sectores específicos de la población (por lo general, las personas mayores), ayudándoles en la búsqueda del medicamento (que probablemente no puede pagar) o de un médico específico y, por otra parte, manteniendo una invitación abierta permanente a la participación de los farmacéuticos en el proyecto SSH.

PROFESIONALES DE LA SALUD: CATEGORÍAS DE ESPECIALIZACIÓN

En este momento los siguientes médicos participan en el SSH: un otorrinolaringólogo, un psiquiatra, psicólogos, farmacéuticos, cirujano, dentista y un técnico dental. De vez en cuando también han participado un reflexólogo, un neurólogo, un ortopedista, un médico general, un neumólogo y un cardiólogo. A través de un proceso evolutivo (que no surgió por casualidad, sino como uno de los principales objetivos del proyecto), se formó un grupo de apoyo socio psicológico que ahora está en pleno funcionamiento. Los profesionales no sanitarios que, al principio, se incorporaron al proyecto

con el fin de buscar apoyo psicológico para ellos mismos también participaron en la creación de este grupo.

El programa también incluye consulta de medicina a base de hierbas que, al interactuar con la medicina occidental, intenta ampliar la gama de soluciones que esta pueda ofrecer. Un taller de hierbas medicinales opera en el SSH todos los lunes; una iniciativa dentro del contexto de la autogestión de la salud donde la gente de la comunidad local busca reducir o romper (siempre que sea posible) su dependencia en la farmacéutica y aprender a hacer su propia medicina para enfermedades comunes (por ejemplo, jarabe para la tos, tintura de equinácea para la gripe y el resfriado común).

Es particularmente notable que las personas que visitaron el espacio de búsqueda de ayuda son ahora participantes iguales en el montaje del proyecto. La asamblea semanal de la SSH se compone de unas 15 personas.

LOS NÚMEROS

Desde noviembre de 2011 (y hasta el final del mes de febrero de 2013), el espacio social para la salud ha recibido cientos de solicitudes. La mayoría de ellos es para problemas ortopédicos, seguidos por el apoyo sociopsicológico, que se ha vuelto muy popular. Muchas de las solicitudes que, al principio, parecen ser patológicas tienen raíces sociopsicológicas y exigen el tratamiento adecuado. Estas estadísticas surgen claramente de la reestructuración social, de la intensidad de la depredación económica y la marginación.

El año pasado, en el que nuestra estructura dental comenzó a operar, la mayoría de las solicitudes fueron para el cuidado dental y la farmacia.

En promedio, el Espacio Social para la Salud recibe 4 solicitudes por turno, la mayoría de personas de edades comprendidas entre 21 y 40. No obstante, hay un número respetable de personas mayores de 60 años que han visitado el espacio. Este es un paso importante, ya que, por lo general, las personas de cierta edad tienen más prejuicios que los jóvenes, teniendo en cuenta que esto no es solo un centro de salud social, es también un edificio ocupado (los medios de comunicación envían mensajes y las respuestas de la burguesía son reduccionistas).

La mayoría de las solicitudes provienen del barrio de Petralona, ya que el proyecto se encuentra allí; sin embargo, poco a poco, se agrega un flujo constante de solicitudes de todas partes de la ciudad (que van desde Keratsini al suburbio de Kifissia).

Con respecto a los migrantes, todavía no hemos desarrollado una manera de establecer contacto con ellos (muchos inmigrantes de países asiáticos viven en Kato Petralona, mientras que en Koukaki la población migrante es, en su mayoría, de países de los Balcanes). Sin embargo, varios de ellos han visitado ya el espacio gracias a los contactos establecidos, pero muchos más se acercan motivados por personas de confianza. Desde hace algún tiempo, reconocemos que nos quedamos atrás en este punto de análisis cualitativo a las solicitudes provenientes de los migrantes —origen de clase—, ya que los trabajadores que se encuentran en la parte inferior de la pirámide sufren enfermedades específicas, principalmente la hepatitis (de trabajar como recolectores de residuos y exponerse a diversos factores de riesgo de infecciones) y problemas ortopédicos (que a menudo se derivan de accidentes en el lugar de trabajo).

En ese tiempo, mientras que el conjunto local estaba todavía activo, uno de los registros que mantuvimos fue en qué medida las demandas que recibíamos procedían de personas que también participaban en la asamblea vecinal. Esto era una manera de observar de qué forma el proyecto se mantenía conectado con el movimiento local y sus procedimientos.

La práctica de registro y análisis de las solicitudes sirve para entender el tipo de demandas que la SSH ha sido capaz de responder. Además, ayudará a examinar qué otras medidas se pueden tomar (por ejemplo, más equipo) con el fin de cumplir con un estándar más alto que puede derivarse con el transcurso del tiempo.

RECEPCIÓN: EL CONTEXTO

El Espacio Social para la Salud está abierto a todos: locales e inmigrantes, vecinos de Petralona o de otro lugar, asegurados o no asegurados. Del mismo modo que aspiramos a un sistema de salud que está disponible para todos, también tenemos nuestro propio espacio organizado, optando por no pedir

papeles, tarjetas rosa y naranja o cuentas de servicios públicos. Preferimos gestionar nuestro cerebro con el fin de encontrar la manera de gestionar la demanda y, si eso llegara a aumentar radicalmente, de imponer términos y condiciones.

Una razón fundamental detrás de la decisión de no imponer términos y condiciones es que, para nosotros, este proyecto es una apuesta que va más allá de la etapa inicial de atender a las necesidades de atención de la salud y reúne las cuestiones de la biopolítica y la gestión de nuestros cuerpos (con respecto a los que se ven como los expertos en la materia, es decir, médicos).

PERMISOS

Dentro de nuestra perspectiva obtener un permiso o licencia del Estado suena más bien como una contradicción y una broma. La SSH está ubicado en un edificio ocupado y, como tal, siempre ha estado fuera de la legalidad no por criterios médicos, sino en lo que respecta a los criterios establecidos por el lenguaje del poder, que quiere que todo sea controlado y mediado por él.

El hecho de que este proyecto esté situado en un espacio ocupado no fue una elección hecha por casualidad o de importancia secundaria. Defendemos esta elección y queremos generar un debate acerca del abandono en la atención primaria de salud (lo que era Pikpa originalmente) por las autoridades pertinentes. Naturalmente, también defendemos esta elección como una herramienta en la lucha para dar respuesta a las necesidades sociales. Situar el proyecto dentro del edificio ocupado, especialmente en Pikpa, tuvo desde el principio un doble significado: práctico y simbólico. Se continúa utilizando el equipo que fue abandonado allí por el Estado, que lo dejó para descomponerse y ahora nos sirve de simbolismo no solo por el hecho de que la comunidad local ha tomado las riendas de sus necesidades médicas de forma autoorganizada, también porque el Estado ha dejado la atención de primer nivel descomponiéndose. Nuestra existencia y la consistencia de nuestra actividad a lo largo de estos seis años es la prueba viviente de que esa elección no solo es deseable, sino también posible.

El único permiso que los proyectos autoorganizados requieren es el sentido de la responsabilidad de las personas que ellos y su legitimidad social

construyen. La satisfacción de los criterios médicos no necesita ser confirmada por alguna institución oficial, ya que no se trata de obligaciones derivadas del acuerdo entre dos partes (como entre el médico y el ministerio); por ende, se convierte en una opción de lucha que hemos hecho desinteresadamente, de buena gana y con un sentido de responsabilidad. Cuando, en nuestros días, la confianza en cualquier producto se obtiene a través de certificaciones estatales que luego resultan falsos (véase, por ejemplo, los escándalos alimentarios FBR y muchos otros paradigmas), es hora de que recuperamos la confianza en el contacto interpersonal, lejos del concepto de "servicio" como un "producto".

FINANCIACIÓN/ASIMILACIÓN/INCORPORACIÓN

Pensamos en la posibilidad de conseguir financiación por parte de la ESPA (una institución gubernamental con canales de financiación europea) para las clínicas sociales y otros proyectos de este tipo, como un intento de asimilar/incorporar proyectos sociales. Por supuesto, este proceso de asimilación e incorporación no se limita a la financiación de la UE, se manifiesta a pesar de las actividades de las organizaciones no gubernamentales, de diversos medios de comunicación (por ejemplo, la red Sky) y del mecanismo de partidos políticos.

La SSH no recibe ninguna financiación y no tiene relación con ningún partido político ni con el Ayuntamiento de la ciudad de Atenas ni con organizaciones no gubernamentales o empresas médicas. Hemos elegido ser autónomos y autofinanciados. Este proyecto está lejos de ser un proyecto aislado, sino que forma parte de un movimiento más amplio de solidaridad expresada por los trabajadores y colectivos (de Grecia y del extranjero). Por ejemplo, en abril de 2012, el grupo de solidaridad social de los trabajadores del Banco de Correos nos entregó equipo médico (exploración del corazón, glucómetro, pulsioxímetro) comprado con el dinero recogido de los propios trabajadores.

La SSH no pone precio a los servicios que presta. Hay una caja de donación gratuita en el espacio que se destina a gastos médicos, así como de funcionamiento y costes de mantenimiento del edificio.

Hemos optado por alejarnos completamente de las instituciones; no es solo porque nosotros no creemos que el fin justifica los medios, también porque no queremos cubrir nuestras necesidades sin asumir el coste político en el clima sombrío actual que refuerza los mecanismos que nos imponen las condiciones para la escasez que tenemos que cubrir (el desmantelamiento del sistema público de salud, la escasez de personal y la infraestructura, la exclusión).

En consecuencia, creemos que cualquier colaboración con esta máquina de la muerte supone la alimentación de este círculo vicioso, consintiendo la estrategia dominante. Cada acto de legitimación de la política estatal en el manejo de fondos, a pesar del torrente de condena verbal que puede ir con ella, finalmente conducirá a más desigualdades entre las personas en las puertas de las clínicas sociales. Al mismo tiempo, sus patrocinadores, impulsados por el interés propio, y los responsables de esta política de destrucción se frotan las manos sabiendo que algunas personas ingenuas están haciendo desinteresadamente su trabajo por ellos. Desde hace décadas, las ONG han estado cumpliendo las necesidades de los desechados por la NHS a través de la apolítica caridad (a pesar de que la exclusión de los servicios de salud es un acto profundamente político) y centrándose únicamente en el aspecto médico/técnico. Cualquier profesional de la salud no sensible a este gran número de demandas fácilmente podría tomar parte en esas organizaciones que descansan tranquilas con el pensamiento superficial de haber contribuido a una causa humanitaria (sin informarse antes y ni exigir la rendición de cuentas). Por otro lado, aquellos que encuentran sentido en resistir la esclavitud como un todo, en poner fin a esta producción de rechazos causados por políticas específicas, para poner fin a esta narración de la muerte, deben de trabajar como personal en las clínicas sociales autogestionadas.

Por último, consideramos que es ingenuo el argumento de que "la aceptación de la financiación de las instituciones pequeñas (como los consejos o empresas locales) no es una violación grave de nuestros valores (como sería, por ejemplo, conseguir financiación del Gobierno o de la UE)". No vamos a convertirnos en presa del voto futuro ni tampoco compramos la idea de que hay mediación buena y mala. Nuestras palabras y nuestras acciones tienen un valor y un fin en sí mismas, y forman parte del

movimiento; no son un vehículo para que alguna persona involucrada pueda subir la escalera política o ganar posiciones altas de oficina.

MODELO ORGANIZACIONAL Y SUS METAS

SSH no es un producto de la crisis capitalista, a pesar de haber sido llamado para administrar las consecuencias de la misma. En nuestras mentes, incluso si esto no fuera una época de decadencia social, encontramos todavía un millón de razones para crear este proyecto. Debido a que tenemos una comprensión particular de la salud, la armonía física, mental y social con uno mismo y el medio ambiente, en un contexto de colectividad en lugar de personalización, aspiramos a realizar el experimento de salud autogestionada en Pikpa hoy para una sociedad futura sin clases. También porque creemos que, para llegar allí, debemos construir nuestras propias estructuras autoestablecidas y autogestionadas. Aquí y ahora, con el fin de experimentar y ponernos a prueba a nosotros mismos.

Nuestro objetivo es la difusión de conocimientos, así como la resolución de las cuestiones que se plantean en relación con la salud. Con esto en mente, hemos organizado varios eventos, charlas y talleres que proporcionan una oportunidad para profundizar en nuestro análisis: la contemplación, el desarrollo de las relaciones y la construcción de relaciones de confianza dentro de la vecindad. Hemos realizado charlas y conferencias como "Drogas en la crisis" (coorganizada con la iniciativa "acción colectiva de la solidaridad social Mayores de 18"), una charla sobre la medicina durante el Tercer Reich, la medicina en crisis, los problemas de salud en el lugar de trabajo, primeros auxilios y talleres de hierbas medicinales, taller de alivio del estrés, así como el visionado de varias películas y documentales. Queremos fortalecer este proyecto más allá. Nos gustaría ver a más y más gente (de la profesión médica) inspirándose para apoyar esta infraestructura de atención primaria de la salud. Paso a paso queremos estar a la altura del reto.

Por último, uno de nuestros objetivos iniciales, que creemos que ha sido logrado, es la difusión y la reproducción de este proyecto; naturalmente, no como una especie de franquicia. Nos da mucha alegría y satisfacción ver que

una serie de clínicas sociales surgen tanto en Grecia como en el extranjero; hay clínicas en Roma y Barcelona que se refieren a nuestra experiencia aunque podamos diferir en nuestros valores fundamentales. Desde el principio hemos aspirado a ser testigos de la creación de muchas clínicas sociales, no como una respuesta estéril y mecánica a la crisis, incluso rechazando la caridad, sino como puntos de lucha, como las células de la autoorganización social viva, con el objetivo de construir los materiales y los requisitos sociales para tomar realmente nuestra salud en nuestras propias manos.

Este último punto no es tanto un principio general, sino una propuesta para otras clínicas sociales, porque pensamos que la lucha en el campo de la salud debe ser abordado en el contexto de las comunidades, de la lucha en el interior del cuerpo social, en nuestros barrios y allá donde la salud se convierta en algo tangible, accesible, comprensible y algo que nos pertenece y por lo que vale la pena luchar. La integración de la atención sanitaria en el contexto de las luchas sociales, a través de intervenciones y acciones en los hospitales o propaganda, contribuye a la integración de nuestra actividad como un punto dentro de las luchas sociales. En resumen, hablar sobre la solidaridad y no sobre el cuidado sanitario.

CAPÍTULO 8

GRECIA 2010-2015: CRISIS ECONÓMICA Y SALUD

EVAGGELIA BOGOSIAN

Se denomina crisis económica el fenómeno según el cual una economía presenta una reducción continua y manifiesta de su actividad. Con el concepto de actividad económica nos referimos a la magnitud del empleo, del PIB, de los precios, del ahorro, del consumo, de las inversiones, etc. En una economía capitalista la crisis económica representa una de las dos fases de las fluctuaciones del ciclo *económico*, más concretamente, la fase de descenso, en la cual la actividad económica se halla en continua recesión. Las crisis económicas son inherentes al capitalismo. De tal forma, la crisis actual no es algo novedoso ni desconocido para la humanidad. El siglo XX estuvo marcado por crisis como la de 1929, la crisis que siguió al hundimiento de los antiguos países socialistas y la crisis del sureste asiático de 1997-1998. Entre ellas, la humanidad vivió otras crisis de menor intensidad o localizadas en regiones concretas, como la de 1973, la crisis de Argentina, etc. El nuevo siglo comenzó y seguramente vendrá marcado por la grave crisis económica que se desató en los Estados Unidos de América en el año 2007, extendiéndose después con rapidez a la economía europea y a la economía mundial en general.

LA CRISIS ECONÓMICA EN GRECIA Y SUS CONSECUENCIAS

La crisis económica europea comenzó en el año 2008 y se extendió rápidamente a Grecia. Al comienzo hubo un esfuerzo por tranquilizar a la opinión pública alegando que la crisis no amenazaba al país, y que su economía estaba bien blindada. A pesar de ello, la crisis llegó pronto y sus consecuencias fueron bien visibles entre la población griega, especialmente a partir de los primeros meses del año 2010, poco después de que en las elecciones de 2009 saliera ganador el partido socialista (PASOK). A comienzos de 2010, el futuro de la economía griega se presentaba particularmente lúgubre. Las grandes agencias de calificación realizaron sucesivas calificaciones a la baja de la economía griega que, en combinación con una serie de erróneas —e incluso sospechosas— decisiones políticas, hacían en la práctica imposible el préstamo externo al país. El 23 de abril de 2010, desde la pequeña isla de Kastelorizo, el primer ministro Yorgos Papandreu informó al pueblo griego sobre la situación y le comunicó la decisión de vincular al país a un memorándum. El 3 de mayo de 2010, el país pidió un préstamo al Fondo Monetario Internacional, al Banco Central Europeo y a la Unión Europea. La concesión del préstamo vendría acompañada de una serie de duras medidas de austeridad por parte de los acreedores. Estas medidas incluían drásticos recortes del gasto público, recortes en salarios y pensiones, fuertes subidas de impuestos y privatizaciones de bienes y servicios públicos. A las medidas económicas se sumaban reformas legislativas que limitaban los derechos laborales de los trabajadores y anulaban regulaciones laborales que habían sido conquistadas mediante la lucha, a lo largo del pasado siglo. Asimismo, otra serie de medidas daban pie a la renuncia de ciertas facetas de la soberanía nacional. Hasta el año 2012, se aprobaron deprisa y corriendo sucesivos paquetes de medidas económicas e institucionales impuestas por los acreedores.

Las consecuencias de esta política fueron dramáticas. La deuda pública del país desde el año 2010 hasta hoy ha aumentado de 301.000 a 318.000 millones de euros. En ese mismo periodo de tiempo, el PIB del país sufrió un retroceso muy significativo del 25%, el mayor retroceso vivido nunca por la economía de un país occidental en tiempos de paz. Como consecuencia de lo

anterior, la deuda que representaba el 126,8% del PIB, ahora representa el 176,3%. El desempleo se disparó del 12,7% en 2010 al 27,8% (las cifras oficiales hablan de un millón y medio de desempleados) en 2014. Entre los jóvenes, este porcentaje alcanza el 60%. El porcentaje de la población que vive bajo el umbral de la pobreza casi se ha duplicado, pasando del 11% al 20%; los ingresos medios anuales de los griegos se han reducido en un 33,4%, pasando de 13.974 euros en 2010 a 9.303 euros en 2013; y, al mismo tiempo, el número de griegos que no cuentan con ningún tipo de seguro médico supera los 2.500.000.

Todo esto ha producido graves repercusiones en la vida de miles de personas. La vida en Grecia ya no es la misma que antes. La pobreza, el paro, los suicidios, la indigencia, las personas que buscan comida en la basura, la desnutrición infantil y la imposibilidad de acceder a los servicios sanitarios públicos son algunos de los problemas que se pueden encontrar, cada vez con más frecuencia, en la vida diaria de la población de este país, y es algo de lo que se habla mucho en el ámbito privado y en el ámbito público. Asimismo, con el aumento de los impuestos del gasoil para calefacción, el frío de los inviernos pasados se hizo insoportable para muchas personas. Después de muchos años, tenemos otra vez casos de muerte —como el de dos estudiantes en la ciudad de Lárisa, el de una adolescente de 13 años, hija de una mujer inmigrante de Serbia, en Salónica, y otros casos en diferentes partes del país que no tuvieron tanta difusión mediática— por inhalación de gases tóxicos producidos por braseros que eran utilizados para calentar la vivienda. Asimismo, en invierno, las ciudades de Grecia se ven cubiertas por nubes de aire contaminado, provocado por la enorme cantidad de chimeneas que encienden sus habitantes, en muchas ocasiones usando leña no adecuada para ello, y con la consiguiente amenaza para el medio ambiente y para la salud de los ciudadanos. Las medidas a favor de la protección del medio ambiente se ven reducidas a causa de la crisis y la destrucción del mismo se ve agravada por más que discutibles inversiones, impulsadas y amparadas por las autoridades policiales, como las minas de oro de Jalkidikí.

LAS REPERCUSIONES DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SALUD

La crisis económica que estamos viviendo, como toda crisis económica, tiene enormes repercusiones en el ámbito de la salud. Tanto en el sistema sanitario como en la salud de las personas. Se trata en ambos casos de repercusiones muy negativas, como las que se observaron ya a raíz de la crisis económica de 1929 en los Estados Unidos, o tras la crisis que siguió a la desaparición de la Unión Soviética, en los años noventa, cuando se registró la denominada Crisis de Mortalidad Poscomunista (Post-Communist Mortality Crisis), con millones de muertes, especialmente entre varones en edad productiva. La contracción de enfermedades y el índice de mortalidad aumentaron también durante la crisis del este asiático en 1997.

Está comprobado que las crisis económicas provocan un aumento de las enfermedades psíquicas y de los suicidios, al tiempo que se dispara el número de enfermedades y el porcentaje de mortalidad entre la población afectada. Asimismo, se observa un crecimiento de la mortalidad infantil. El índice de mortalidad solo se ve reducido en el caso de las muertes provocadas por accidentes de tráfico, y ello debido a que disminuye el número de desplazamientos por carretera. Todas las crisis económicas afectan, ante todo, a los más desfavorecidos, a los grupos sociales más vulnerables y a los derechos humanos.

Sin embargo, cabe señalar que las repercusiones que tiene una crisis sobre la salud dependen de la forma en que estas son afrontadas. En los casos en que el modelo que se siguió fue un modelo de privatizaciones, de dura austeridad y de recortes de los gastos sociales, es decir, allí donde se aplicó la extrema receta neoliberal de la Escuela de Chicago, los resultados fueron catastróficos para la salud de las personas. En los pocos casos en que se siguió una política destinada a reforzar el estado social y los sistemas sanitarios públicos, la crisis no alcanzó las mismas dimensiones. Igualmente, es importante el ritmo al que se aplican los cambios propuestos. Allí donde estos cambios, normalmente presentados bajo el eufemístico término de "reformas", se impusieron en un espacio de tiempo breve, es decir, allí donde su aplicación fue más violenta, los resultados fueron peores. Esto se puede apreciar observando los resultados de la crisis de los años noventa en Rusia y en Polonia. El tratamiento del *shock* aplicado en Rusia provocó los resultados ya mencionados. En Polonia, donde los mismos cambios fueron aplicados de

forma menos violenta, los resultados no fueron tan funestos. Por último, también juegan un papel importante en la duración de las crisis, de forma decisiva para su influencia en la salud de la población, las iniciativas y las redes de socorro con las que cuenta o de las que se dota toda sociedad organizada. Allí donde son más fuertes las relaciones entre los individuos y existen redes sociales, estas actúan a favor de la salud de todos.

EFECTOS DE LAS CRISIS ECONÓMICAS DEL PASADO SOBRE LA SALUD

LOS EFECTOS DE LA CRISIS DE 1929 EN LOS ESTADOS UNIDOS

Durante la grave crisis económica de 1929 se registró un notable aumento en determinados índices de mortalidad. Así, a partir de 1929 se observó un gradual aumento del número de suicidios, que llegó a su punto culminante en 1932. Este aumento, indudablemente relacionado con determinados acontecimientos, fue mayor y más rápido allí donde un mayor número de bancos se declararon en quiebra.

En los Estados Unidos, a fin de mitigar los efectos so-ciales de la depresión, el presidente Franklin D. Roosevelt puso en marcha el denominado "New Deal", que incluía la realización de importantes obras de construcción —con los consiguientes puestos de trabajo—, impidió las confiscaciones de bienes inmuebles hipotecados, implantó la distribución de vales para la compra de alimentos, promovió la construcción de hospitales y la vacunación de los niños, y protegió a los jubilados. Los índices de la sanidad mejoraron en todos los estados que aplicaron estas medidas, al contrario de lo que pasó en los que siguieron el programa de los republicanos, que trataron de reducir el déficit recortando gastos.

LA CRISIS DE MORTALIDAD POSCOMUNISTA

Las consecuencias de la aplicación del tratamiento de *shock* en Rusia después del hundimiento de la Unión Soviética a comienzos de la década de los noventa fueron desastrosas. La amalgama de medidas aplicadas, siguiendo

las directrices de Milton Friedman, de la Escuela de Chicago, incluía la abolición del control sobre los precios de los productos, la bajada de los sueldos y de las pensiones, y un amplio proceso de privatizaciones. A fin de que quede bien claro el alcance de dichas medidas, cabe señalar que, mientras que en Gran Bretaña Margaret Thatcher privatizó 25 empresas y organismos británicos de utilidad pública durante los 11 años que duró su legislatura, en la antigua Unión Soviética los economistas de Harvard planearon la privatización de más de 200.000 empresas soviéticas en 500 días. Como consecuencia de esta política, se produjo un notable y rápido aumento de la pobreza y la disolución de las redes de protección social. La esperanza de vida se redujo en seis años en el caso de los hombres y en tres en el de las mujeres. Los principales afectados fueron los varones en edad productiva. La población del país disminuyó haciendo que la propia ONU tuviera que advertir de que "una crisis humanitaria de enormes dimensiones está teniendo lugar en la antigua Unión Soviética, puesto que el periodo de transición fue literalmente fatal para un gran número de individuos". Analizando las causas de estas muertes, se observó que muchos de los hombres jóvenes morían por culpa del abuso del alcohol, se suicidaban, eran asesinados o fallecían por lesiones o a causa de un infarto. La causa, el elevado consumo de alcohol. Pero como el consumo de alcohol no permitía explicar la muerte de hombres jóvenes sanos por enfermedades cardiacas, las investigaciones revelaron que, además de la cantidad de alcohol consumido, había que tener en cuenta la baja calidad del mismo. Estas personas fabricaban ellas mismas la bebida a partir de espuma de afeitar, de enjuagues bucales, de colonias y de soluciones alcohólicas libres de impuestos y muy bajas de precio. El consumo de estas bebidas alcohólicas no potables (Odekolon) hacía que el riesgo de muerte por delirio alcohólico, por cirrosis hepática o por cardiopatía fuera hasta 26 veces mayor. El precario consumo de alcohol se cree que causó cuatro millones de muertes en la antigua URSS. Además, también aquí se vieron más afectados los parados, que no eran amparados por ningún sistema de protección social y se encontraban en una posición social muy desfavorable, eran menos respetados en el interior de sus comunidades; en fin, los más débiles. Los grupos sociales más vulnerables tenían tres veces más posibilidades de morir. Las causas últimas de este alto

índice de mortalidad hay que buscarlas en los cambios sociales y económicos, la pobreza y el desempleo, confirmando una vez más la cita de Mahatma Gandhi de que "la pobreza es la peor forma de violencia". Las consecuencias de la crisis de los noventa continúan afectando a la salud de la población rusa hasta nuestros días.

LA CRISIS DE LA SALUD EN EL SURESTE ASIÁTICO

Los efectos de la crisis económica en el sureste asiático en los años 1997 y 1998 fueron dramáticos para la vida y la salud de los habitantes de esta región del planeta. En Japón, en Hong Kong, en Corea y en Tailandia se incrementó el número de suicidios. El abandono, a causa de la crisis y de las políticas de austeridad, de los programas de prevención del SIDA supuso el aumento de las muertes por enfermedades infecciosas en Tailandia ya en 1998, y en los siguientes cinco años se registraron más de 50.000 muertes por pulmonía, tuberculosis o SIDA.

La pobreza y la subida de los precios de los alimentos provocaron las desnutrición de los recién nacidos y de las mujeres embarazadas, la disminución del peso de los neonatos, el aumento de la mortalidad infantil en un 14% en Indonesia y el aumento del número de niños desnutridos en las escuelas. En Indonesia, la subida de los impuestos que gravan al queroseno, el principal combustible utilizado para cocinar el arroz, la comida de los pobres, intensificó la crisis alimentaria. A su vez, la subida del precio de los medicamentos y del coste de la atención sanitaria, junto con la notable reducción de los presupuestos destinados a la salud, hicieron que una parte importante de la población se quedara sin derecho a acceder a los servicios de la sanidad pública.

El Gobierno de Malasia, en la misma época, no siguió la política que proponía el FMI, al considerar que era extraordinariamente dura para la gente. Al contrario, aumentó los presupuestos para atención médica y farmacéutica en 1998 y en 1999 en un 8% y estimuló, consiguiendo que se incrementara, el acceso de los pacientes al sistema de sanidad pública. El resultado fue que no hubo un aumento de los casos de SIDA, a pesar de la crisis. Asimismo, la ayuda alimentaria a los ciudadanos más pobres del país

contribuyó a que no hubiera un mayor número de casos de malnutrición entre las madres y los niños.

LAS REPERCUSIONES DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SALUD EN ISLANDIA

La crisis de Islandia fue una de las crisis económicas más grandes si tenemos en cuenta el tamaño del país. Islandia se negó a aceptar la ayuda económica en forma de préstamo por parte del FMI y no quiso aplicar las políticas que se le proponían desde esta institución. Tras celebrar un referéndum, los islandeses decidieron no transferir las deudas bancarias a los ciudadanos, se negaron a aplicar medidas de austeridad y optaron por aumentar los gastos presupuestarios en los sectores de la sanidad y de la protección social. A pesar de la magnitud de la crisis económica, no se produjo un empeoramiento de los índices de sanidad. El porcentaje de muertes continuó su tendencia descendiente y ni los suicidios ni los accesos cardiacos —reveladores de los índices de ansiedad— aumentaron, como sucede en periodos de crisis. Tampoco se observó ningún empeoramiento en los niveles de salud mental. Al contrario, se registró una mejora de algunos índices sanitarios, que se atribuyó a la disminución de las horas de trabajo, la reducción del consumo de alcohol y tabaco y la mejora de los hábitos alimenticios. Lo más impresionante de todo es que Islandia mantuvo el primer puesto en el "*ranking* global de felicidad", según la ONU, en el año 2012. Es decir, que los islandeses se mantuvieron sanos y alegres a pesar de la prolongada crisis económica.

LAS CONSECUENCIAS DE LA ACTUAL CRISIS ECONÓMICA EN LA SALUD EN NUESTRO PAÍS

En Grecia, desde el año 2010 se viene aplicando un programa de recortes presupuestarios en el sector de la sanidad enormemente radical, en el marco de una política de medidas de austeridad generalizada. El objetivo de estas "reformas" en la salud era reducir, en un espacio de tiempo lo más breve posible, los gastos del 9% al 6% del PIB. Este recorte de los gastos sanitarios

estaba incluido en las medidas que el memorándum imponía al país. La consecuencia de dicha política ha sido que en este momento los gastos en sanidad en Grecia sean más reducidos que en todos los demás Estados miembros de la Unión Europea que se integraron en ella antes de 2004. En el 2012, los recortes que aplicó el Gobierno a los gastos farmacéuticos y los gastos hospitalarios superaron incluso las exigencias de la troika.

Estos recortes se aprobaron a pesar de que a partir del año 2010 se registró una demanda cada vez mayor de los servicios sanitarios públicos y un aumento de las hospitalizaciones en centros públicos, a la par que una disminución de las hospitalizaciones en centros privados. La disminución del número de camas y del número de trabajadores en hospitales públicos, en combinación con el aumento de la demanda de servicios, han provocado el agotamiento de su personal y el aumento de las listas de espera de los pacientes. Las consecuencias negativas de estos recortes son evidentes y dramáticas para la salud de los ciudadanos griegos. Según el director del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), Marc Sprenger, "la situación en Grecia, donde tenemos uno de los más altos porcentajes de infecciones intrahospitalarias de Europa, está empeorando a causa de los recortes de personal y de presupuesto. Con cada vez menos médicos y enfermeros para atender a un número cada vez mayor de pacientes, y con importantes carencias en material de primera necesidad en los hospitales, se incrementa el peligro de que no se cumplan las normas básicas de higiene".

RECORTES EN LOS PRESUPUESTOS DE LA SANIDAD PÚBLICA

Los recortes presupuestarios en la sanidad han ocasionado enormes problemas funcionales y éticos. Los programas de prevención y tratamiento de los adictos a sustancias por vía intravenosa fueron enormemente recortados, a pesar de que, como es bien sabido, las necesidades son mayores, puesto que a raíz de la crisis económica ha crecido el número de consumidores de heroína. Durante el primer año de la austeridad (2009-2010), se recortó una tercera parte de los programas de calle, pese al probado incremento del consumo de heroína. En ese mismo periodo, en el marco de

los recortes presupuestarios, en interés de un irrelevante beneficio para el erario público, se restringió el reparto de jeringuillas y de preservativos entre drogodependientes en un 10% y un 24%, respectivamente, con los consiguientes efectos en la salud de este vulnerable grupo social. El número de nuevos casos de VIH entre consumidores de sustancias intravenosas aumentó de 15 en el año 2009 a 484 en el año 2012, mientras que los datos del año 2013 revelan una duplicación de la incidencia de la tuberculosis entre los individuos de este grupo social en comparación con el año 2012.

Este asunto salió a la luz pública y se presionó consiguiendo que se aumentara el reparto de jeringuillas aunque, en todo caso, se sigue estando muy lejos del mínimo de 200 jeringuillas por persona que sugiere el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Esta política está lejos de la receta constitucional de protección del derecho a la salud. Al margen de las fatales consecuencias de esta política para la salud de los consumidores de drogas, a largo plazo se trata de acciones perjudiciales también para la economía pública, puesto que el tratamiento de los portadores del VIH y los enfermos del SIDA es mucho más costoso que su prevención.

La comprobación de este aumento de casos de infecciones de VIH, sin precedentes en un país europeo, alarmó a la sociedad griega y los líderes políticos. El ministro de Sanidad, Andreas Loverdos, en abril de 2012, aproximadamente un mes antes de las elecciones generales, con una intencionalidad claramente electoral, aprobó un decreto de salud pública que permitía a las autoridades realizar controles de enfermedades de transmisión sexual a cualquier persona, con o sin consentimiento suyo. Asimismo, procedió a publicar fotografías de prostitutas seropositivas, con el pretexto de proteger a la familia griega. Todas estas mujeres eran consumidoras de droga. Fueron arrestadas, obligadas a hacerse la prueba del VIH y humilladas en público, desencadenando una tormenta de reacciones.

En junio de 2013, lo primero que hizo el ministro de Sanidad Ádonis Yeoryiadis fue reintroducir un decreto que prevé la realización de controles de enfermedades infecciosas de carácter obligatorio a los drogodependientes, las prostitutas y los inmigrantes. También en este caso la decisión generó fuertes reacciones. Se trata de decisiones sin ningún fundamento ético,

peligrosas para la salud de los individuos y la salud pública. En realidad, los resultados son los contrarios a los que pretenden en general, puesto que hacen que muchos individuos vulnerables y marginales pertenecientes a estos grupos sociales eviten recurrir a los servicios médicos. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ha pedido que se retire esta ley, puesto que puede dar lugar a violaciones de los derechos humanos.

La crisis sacó a la luz otras enfermedades infecciosas. Por primera vez después de 40 años, se registraron casos de paludismo en varias regiones del país. La causa habría que buscarla en los recortes de las partidas presupuestarias de los municipios, recortes que hicieron que se suspendieran determinados programas, como el programa de rociado de mosquitos.

EL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS SE HA VUELTO MÁS DIFÍCIL Y CADA VEZ MÁS PERSONAS PIERDEN LA COBERTURA SANITARIA

En Grecia, la seguridad social está asociada al empleo. Perder el trabajo después de un determinado espacio de tiempo supone perder la seguridad social. El elevado número de parados hace que haya también un elevado número de personas que no cuentan con la cobertura de la seguridad social. A ellos hay que añadir los científicos, profesionales, comerciantes y otros trabajadores por cuenta propia que a causa de la crisis son incapaces de pagar sus cuotas. Esta situación es aprovechada por muchos empresarios, que no abonan las cotizaciones a la seguridad social de sus empleados, al tiempo que la mayor parte de los trabajadores inmigrantes económicos siguen trabajando sin asegurar. El problema que se originó tiene una doble vertiente. Por un lado, muchas personas no tienen seguro médico y por tanto no tienen acceso a los servicios sanitarios. Por otro lado, los fondos de la seguridad social se ven enormemente reducidos, con el consiguiente perjuicio para el futuro, puesto que no podrán cubrir los gastos sanitarios y los gastos en pensiones, de modo que gradualmente se va desestructurando la seguridad social en el país.

Así pues, el derecho al libre acceso a los servicios sanitarios de una parte importante de la población se está viendo limitado, al no disponer de seguro

médico. Al mismo tiempo, estas personas, como están sin asegurar, se ven obligadas a cubrir ellos solos los gastos farmacéuticos para los medicamentos que necesitan, para las vacunas de sus hijos, etc., de tal modo que muchas veces los pacientes no realizan los tratamientos y los niños no son vacunados como deberían. Este problema adquiere dimensiones dramáticas en el caso de quienes sufren enfermedades crónicas o muy graves, como los enfermos de cáncer.

Las necesidades de acceso a atención médica que surgen a causa de este problema las están cubriendo las consultas sociales, en las que colaboran médicos, enfermeros, psicólogos y simples ciudadanos de forma totalmente voluntaria. Médicos sin Fronteras apuntan que aunque inicialmente atendían a inmigrantes son cada vez más los ciudadanos griegos los que recurren a sus consultorios en búsqueda de atención sanitaria o medicamentos. Dicha situación es confirmada por los datos de diferentes organismos internacionales. Según los datos de las Estadísticas de la Unión Europea sobre la renta y las condiciones de vida, un gran número de individuos declaró en el año 2011 que no cubría sus necesidades médicas básicas en comparación con el año 2007. La dificultad de satisfacer estas necesidades es mayor para las personas de edad más avanzada, que declaran ser incapaces de afrontar los gastos de atención médica o incluso de acceder a los servicios médicos públicos por culpa de la distancia o de la dificultad de trasladarse y desplazarse, normalmente a causa de las estrecheces económicas.

Al mismo tiempo, los servicios de atención sanitaria son cada vez más caros para los pacientes, obstaculizando de esta forma su acceso a los mismos de forma notable. El coste de una consulta en los consultorios externos de los hospitales subió en el año 2011 de tres a cinco euros, con algunas excepciones para los grupos más vulnerables y los enfermos crónicos. En enero del año 2014 se propuso cobrar 25 euros por hospitalización. El ministro de Sanidad argumentaba desde los platós de televisión que "en cualquier bolsillo a poco que busques puedes encontrar 25 euros", pero eran muchas las personas que no acudían a las consultas externas de los hospitales porque no tenían ni siquiera cinco euros para pagar. La propuesta no avanzó ante las fuertes reacciones sociales y las presiones contrarias a ella ejercidas dentro y fuera del Parlamento. Pero de un modo u otro, el

porcentaje de participación de los asegurados en la compra de medicamentos aumentó y se sumaron otros gastos a cuenta del paciente, como el euro por receta o el encarecimiento de las llamadas telefónicas para pedir cita. En bastantes casos los pacientes se ven obligados a pagar por anticipado sus medicamentos y esperar después a que la seguridad social les devuelva el importe correspondiente, algo que, en combinación con las trabas económicas y la reducción de los ingresos, constituye un factor disuasorio a la hora de comprarlos. Según recientes investigaciones periodísticas, la magnitud de la carga económica sobre los ciudadanos en el caso de los gastos farmacéuticos es tal que los ciudadanos al pagar sus medicamentos se ven gravados con un total de mil millones de euros, mientras el EOPYY, el organismo nacional de atención sanitaria, recibe de los presupuestos del año 2015 la cantidad de 525 millones de euros. La conclusión es que las políticas del memorándum y de la austeridad han creado en los últimos años grandes y a menudo insuperables obstáculos en el acceso a médicos y medicamentos.

Algunas categorías especiales de pacientes, como los enfermos psiquiátricos o los discapacitados, se ven afectadas de diversas formas por todo lo mencionado hasta ahora, pero también por recortes adicionales que implican el deterioro y/o abandono de espacios como los albergues para pacientes con problemas psiquiátricos o las fundaciones de apoyo para los discapacitados o la anulación de medidas de apoyo como, por ejemplo, la gratuidad de los desplazamientos en los transportes públicos.

DETERIORO DE LA SALUD DE LOS GRIEGOS

La crisis económica ha deteriorado también la salud mental de los griegos. Es de sobra conocido que los cambios socioeconómicos repentinos pueden dañar la salud mental, a no ser que se compensen con políticas sociales que actúen en una dirección igualitaria. Por los datos con los que contamos sabemos que en la Grecia de la crisis tenemos un aumento de los casos de depresión del 3,3% en 2008 al 8,2% en 2011, siendo el empeoramiento de la situación económica el principal factor de riesgo. Asimismo, se registra un aumento de los intentos de suicidio, estrechamente relacionados en muchos casos con las dificultades económicas y las medidas económicas adoptadas por el

Gobierno.

Se ha observado que las crisis económicas vienen acompañadas de un incremento de los suicidios. Según un reciente estudio, cada 1% de aumento del paro supone un 0,8% de aumento de suicidios por debajo de los 65 años de edad, y un 0,8% de aumento de homicidios. Asimismo, un aumento del paro del 3% significa un aumento superior al 4% en los suicidios de individuos menores de 65 años, y un aumento de las muertes por consumo de alcohol. Hay otros estudios similares realizados en diferentes partes del mundo que revelan que las crisis económicas provocan un aumento del porcentaje de suicidios, que parece estar vinculado con el aumento del porcentaje del paro.

Tradicionalmente, Grecia era un país con un porcentaje de suicidios bajo. Sin embargo, con la crisis, los suicidios se han incrementado de forma espectacular. Los estudios indican que ha habido un aumento del 36% en el número de personas que han intentado suicidarse, así como un considerable aumento de los intentos de homicidio por parte de individuos que afrontan dificultades económicas. Concretamente, el número de muertes por homicidio aumentó un 45% entre 2007 y 2011. Las víctimas eran sobre todo varones aunque, a partir de 2011, se observa un aumento del número de mujeres asesinadas.

Los bajos ingresos familiares y el paro de los padres influyen también en la salud de los hijos. El número de niños en situación de riesgo a causa de la pobreza aumentó del 28,2% en 2007 al 30,4% en 2011, al tiempo que se observa un aumento del número de niños malnutridos. Muchos padres que no tienen seguro médico y no disponen de ingresos no pueden garantizar el seguimiento médico y la vacunación de sus hijos. Hay muchos niños en Grecia que son atendidos y vacunados en consultorios sociales solidarios. En el año 2012, un informe de la ONU señalaba lo siguiente: “El derecho a la salud y el acceso a la sanidad no son respetados en Grecia en el caso de los niños”. Entre los años 2008 y 2010 aumentó el número de recién nacidos de bajo peso. La escuela nacional griega de salud pública habla de un aumento del 21% de la mortalidad de recién nacidos entre 2008 y 2011. Dicho aumento se atribuye al acceso limitado de las mujeres a los servicios de atención preparto. El descenso de la mortalidad infantil registrado durante

años en Grecia se detuvo entre los años 2008 y 2011, con un aumento tanto de la mortalidad neonatal como de la mortalidad postnatal. Las muertes neonatales reflejan la carencia de atención eficaz en el momento pertinente durante el embarazo y en los primeros momentos de vida del recién nacido, mientras que las muertes postnatales reflejan un empeoramiento de las condiciones socioeconómicas.

LOS MOVIMIENTOS DE SOLIDARIDAD EN LA GRECIA DE LA CRISIS

En la Grecia de la crisis, se ha desplegado una amplia red de prácticas solidarias mediante la cual multitud de individuos intentan hacer algo para proteger la vida de las personas. Redes de solidaridad y de intercambio, mercadillos, bancos de tiempo, comedores solidarios, compraventa de productos sin intermediarios, tiendas sociales, farmacias sociales y consultorios sociales. En el sector de la sanidad, los esfuerzos realizados pretenden afrontar los problemas derivados de la crisis sanitaria, que ha adquirido características propias de una crisis humanitaria dadas las dificultades que una parte importante de la población tiene para acceder a la atención sanitaria primaria, realizar pruebas y análisis médicos y disfrutar de la debida asistencia hospitalaria y farmacéutica. Entre dichos esfuerzos, destaca el papel jugado por los consultorios sociales y las farmacias sociales.

Iniciativas solidarias por la salud son apoyadas en muchos casos por los ayuntamientos, la Iglesia y las ONG. En este sentido, cabe señalar la postura contradictoria de ciertos agentes sociales y organismos. Así, es de destacar la actitud de un conocido grupo empresarial del mundo de la comunicación —prensa, televisión y radio— que despunta en su defensa de las políticas de austeridad impuestas por los memorándums, pero, al mismo tiempo, organiza campañas de recogida de medicamentos, alimentos, juguetes y otros artículos para los más desfavorecidos. Es más, eso se ve como algo natural, no es objeto de crítica y hay multitud de personas que participan en esas acciones.

EL CASO DE LOS CONSULTORIOS MÉDICOS SOLIDARIOS Y LAS FARMACIAS SOLIDARIAS

En muchas de las grandes ciudades griegas, los ciudadanos concienciados y movilizados, en un intento de apoyar a sus conciudadanos, han creado consultorios médicos solidarios y farmacias solidarias. Dichos centros constituyen el centro de las acciones de solidaridad en el sector de la sanidad en los últimos años. En su creación jugaron un papel protagonista médicos, dentistas, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, pero también ciudadanos sin relación directa con el sector sanitario que ofrecían y ofrecen sus servicios.

Los Consultorios Médicos Solidarios y las Farmacias Solidarias surgieron como una respuesta de la sociedad civil a la necesidad de proporcionar asistencia sanitaria y farmacéutica, al menos a un nivel de atención primaria, a las personas que carecían de ella. En todo el país existen unos 50 consultorios médicos solidarios y farmacias solidarias, que se reparten por todo el territorio nacional. Con la excepción del Consultorio de Réthimno, que se fundó en el año 2008 y atendía en un principio a inmigrantes, dichos consultorios y farmacias comenzaron a funcionar a partir del año 2011, coincidiendo con el denominado movimiento de las plazas (o de los indignados). De hecho, la idea surgió en el consultorio creado en la plaza de Sintagma, en el centro de Atenas, en el marco de dicho movimiento. Para algunos, el punto de partida lo marcaron las declaraciones de MTheodorakis: "Procuremos que nadie se quede sin médico y sin medicamentos en la Grecia de la crisis".

Estos centros plantean un nuevo sueño social en base al cual las relaciones sociales pueden articularse a partir de la solidaridad y del respeto mutuo. Su marco de funcionamiento está regulado por una "Carta de los Consultorios Médicos Solidarios y las Farmacias Solidarias" (15/10/2013), según la cual dichos centros constituyen formas de organización solidarias de apoyo a disposición de los necesitados, pero también núcleos de resistencia y oposición a la disolución del estado social, que imponen las políticas de memorándums y de austeridad. Son colectivos ciudadanos independientes, autoorganizados y autogestionados, que ofrecen de forman voluntaria y totalmente gratuita servicios de atención sanitaria primaria a pacientes que no están asegurados, que no tienen recursos o que están en paro. Pero, además de intentar ofrecer servicios de atención médica primaria, reivindican, a

través de diferentes acciones públicas, el acceso universal a los hospitales públicos. Su objetivo es reclamar, mediante una lucha constante, democrática, social y política, el acceso gratuito de toda la población a la sanidad sin excepción alguna. Luchan contra el cierre de centros sanitarios. Se basan en la participación voluntaria de médicos, dentistas, psicólogos, asistentes sociales, farmacéuticos y otros profesionales de la sanidad, pero también de simples ciudadanos que contribuyen en labores organizativas y de otro tipo a su buen funcionamiento. Estos consultorios intentan movilizar al mayor número de personas posible y persiguen la participación común de voluntarios y pacientes, así como de la sociedad en su conjunto, en su funcionamiento y en sus acciones reivindicativas. Se trata, pues, de espacios de encuentro y de lucha abiertos.

Quienes participan en estos consultorios se movilizan motivados por la necesidad, y no porque consideren que el voluntariado es un valor en sí mismo. Su característica principal es la confianza en la solidaridad social y la convicción de que la salud es un bien social supremo. Se distancian claramente de los sentimientos caritativos y rechazan las ideas de la imploración y de la compasión. Al contrario, hacen un llamamiento a luchar todos juntos por el derecho de toda la población a la sanidad pública y por el acceso gratuito universal a la asistencia médica y farmacéutica. Estos consultorios y estas farmacias no tienen la intención de sustituir al Estado, el cual es evidente que está renunciando a su obligación de velar por la salud de los ciudadanos. Constituyen una red de protección social que puede servir de apoyo a las personas, pero no aspiran a funcionar eternamente; antes bien, aspiran a autodisolverse y a que sea el Estado quien se haga cargo de estas responsabilidades, como le corresponde.

Los consultorios y las farmacias solidarias funcionan como colectivos abiertos. La participación en ellos se realiza en base al principio de igualdad de todos sus miembros y las responsabilidades se reparten únicamente a fin de atender las necesidades organizativas. Todas las decisiones relativas al funcionamiento y los objetivos son tomadas en asambleas generales abiertas. Se realizan esfuerzos para que las decisiones se tomen de forma consensuada y para que el conjunto de los participantes se sienta identificado con ellas.

Los consultorios y las farmacias solidarias se basan en la solidaridad de los

ciudadanos y no tienen ningún tipo de vínculo económico con organismos estatales oficiales ni con programas de financiación europeos. No participan en ningún tipo de transacción comercial o negocio y no están sometidos a control fiscal o de otro tipo. Aceptan las aportaciones de productos, así como las donaciones, pero no realizan ningún tipo de publicidad por dichas donaciones ni tienen patrocinadores. No admiten ningún tipo de vinculación con partidos políticos ni admiten que nadie se aproveche de la labor de los voluntarios para su proyección personal o para sacar cualquier otro tipo de beneficio.

Promueven la formación de redes a nivel nacional para coordinar acciones comunes e iniciativas que reivindiquen el derecho universal a la sanidad. Asimismo, participan en redes de solidaridad más amplias y colaboran con iniciativas similares, que tienen como objetivo combatir la pobreza, la exclusión y la marginación de los grupos sociales más vulnerables. Colaboran con otras iniciativas de solidaridad y apoyan la creación de nuevos proyectos. Se oponen a todo tipo de exclusión étnica, económica o racial y apoyan, impulsan y participan en acciones que promueven la eliminación de las barreras. Participan u organizan jornadas relacionadas con la solidaridad y con la crisis humanitaria, crean redes informativas, participan en encuentros de organismos científicos y publican boletines informativos y otros materiales.

Los consultorios y las farmacias solidarias son críticos con el modelo social y político existente. Se posicionan dentro de la realidad sociopolítica actual como un modelo alternativo y se esfuerzan por llevarlo a la práctica. Así, por ejemplo, el lugar donde se estableció el consultorio de Elinikó se eligió, aparte de por las buenas condiciones que ofrecía y por la existencia previa de instalaciones, para subrayar que el lugar donde estaba el viejo aeropuerto de Atenas debe utilizarse en beneficio de los ciudadanos y no de empresas privadas. Asimismo, de acuerdo con su declaración de principios y finalidades, el nombre —Consultorio Metropolitano— se adoptó a fin de recordar la necesidad de crear un parque metropolitano en la zona. En sus manifiestos, se habla de la necesidad de articular luchas para alcanzar una sociedad de igualdad, reciprocidad y libertad, así como del sueño de construir una política diferente y una sociedad diferente, una sociedad justa en la que los derechos constitucionales a la educación, la salud y el trabajo

estén garantizados y no se violen. Se trata, en fin, de grupos creados por los propios individuos para asegurar el acceso de sus conciudadanos a bienes y servicios de calidad, en un marco de reciprocidad y solidaridad que vincule los intereses individuales con los intereses colectivos.

Entre los años 2011 y 2015, los consultorios médicos solidarios y las farmacias solidarias proporcionaron atención sanitaria primaria, realizaron vacunaciones y ofrecieron medicamentos a miles de personas en todo el país, al tiempo que estuvieron a la cabeza de las luchas por la reivindicación del derecho a la salud.

APROXIMACIÓN CRÍTICA A LOS CONSULTORIOS MÉDICOS SOLIDARIOS Y LAS FARMACIAS SOLIDARIAS

En estos consultorios y farmacias son muchas las personas que se comprometen con la colectividad poniendo a disposición de los demás su tiempo, sus conocimientos científicos y sus capacidades, sin provecho económico y para ayudar a sus conciudadanos, a los que se sienten iguales. Con estas acciones intentan que nadie viva por debajo del nivel necesario para garantizar una existencia digna en una sociedad libre.

Estas personas contestan a la crisis de la salud no solo proporcionando soluciones a los problemas de salud que afronta la sociedad, sino también tratando de crear las condiciones necesarias para la formación de un nuevo tejido social y de nuevos vínculos sociales que sustituyan a los viejos, ya destruidos. Tratan, pues, de devolver la confianza en el futuro a individuos que la han perdido, de combatir la inseguridad, el individualismo, la alienación, el desencanto y la resignación, sustituyéndolos por iniciativas y acciones colectivas, promoviendo la participación activa en la sociedad, creando relaciones de respeto mutuo y de confianza mutua, y reivindicando el derecho a la vida y a la dignidad. Constituyen una respuesta a la mercantilización de la medicina y al modelo individualista imperante, una nueva forma de ver las relaciones entre médico y paciente. Puntos de encuentro entre lo individual y lo colectivo, entre el yo y el nosotros, que dotan de sentido la existencia humana.

La negativa a aceptar financiación del Estado y de programas europeos por

parte de dichos consultorios y farmacias es objeto de debate. La negativa se justifica para que dichos centros no puedan ser controlados ni manipulados por sus financiadores y para que conserven su carácter autónomo, autogestionado y alternativo. Pero, evidentemente, esta negativa no absuelve al Estado y a los demás responsables de sus obligaciones ni expía sus culpas. Justamente es la actitud de estos la que ha creado el problema. La admisión de subvenciones y ayudas económicas significaría apoyar el punto de vista según el cual la salud no es un bien social que el Estado está obligado a ofrecer igualitariamente a los ciudadanos, sino que puede ser ofrecido parcialmente por diferentes agentes, entre ellos los consultorios y las farmacias solidarias y, en consecuencia, puede ser financiado también en parte.

Los consultorios médicos y las farmacias solidarias han sido objeto de crítica porque, ofreciendo la posibilidad de satisfacer las necesidades de las personas en el marco de políticas actual, crearían falsas ilusiones y desorientarían al pueblo del verdadero objetivo que debería marcarse: a saber, el desarrollo de un movimiento reivindicativo que acabe con estas políticas. Una observación crítica del funcionamiento de los consultorios y las farmacias solidarias permitiría ver una contradicción entre el esfuerzo por corregir la situación actual por un lado, y la propuesta de crear una nueva situación, alternativa, por otro.

Esta crítica es fundamentalmente la misma que la ejercida contra el Estado social que, con sus leyes y medidas, suavizaría las contradicciones creadas por el propio sistema capitalista, permitiendo de esta forma que se prolongue su existencia. Sin embargo, en lo esencial es incuestionable que el estado social y sus leyes son una conquista y actúan en provecho de los trabajadores. En suma, el funcionamiento de los consultorios médicos y las farmacias solidarias vendría a hacer lo mismo: proteger la vida de las personas, su existencia y su dignidad.

En cuanto a las falsas ilusiones que pudieran crearse, los propios consultorios y farmacias tratan de afrontarlas usando como armas la información y la movilización de los ciudadanos que hacen uso de sus servicios, a los que se intenta integrar y hacer partícipes en diferentes acciones de solidaridad.

Sea como sea, es probable que la movilización de la gente en acciones de solidaridad no esté siendo tan efectiva como sería de desear. Esta cuestión es un problema más bien generalizado de la sociedad griega que tiene que ver con la predisposición del individuo a movilizarse, participar y comprometerse en acciones de este tipo, un elemento cuyas dimensiones sociales merece la pena estudiar.

NEGACIONISMO DE LA CRISIS DE LA SANIDAD GRIEGA

En los últimos cinco años, la población de Grecia está pagando el coste de una dura y violenta política de austeridad. Está sometida a un programa de recortes radicales de los servicios prestados por el moderno Estado de bienestar, con profundas consecuencias para su salud. Cabe subrayar que el Estado de bienestar en Grecia empezó a desarrollarse fundamentalmente después de la Junta de los Coroneles y que nunca alcanzó la magnitud ni las prestaciones que tenían los estados sociales europeos contemporáneos.

Naturalmente, hay que reconocer que el sector social y el sistema sanitario de Grecia necesitaban reformas debido a la corrupción, la mala organización de los servicios y la falta de eficacia. Pero precisamente los mismos que eran responsables y toleraban estos fenómenos antes de la crisis son los que ahora, en la época de crisis, los denuncian asegurando que con las medidas tomadas los corregirán. En los últimos años se dedican a ir de aquí para allá dando entrevistas y escribiendo artículos en los que critican la problemática situación —como si ellos no tuvieran ninguna responsabilidad— y defienden que "la crisis es una buena oportunidad para realizar cambios que están maduros desde hace tiempo", al tiempo que otros declaran con descaro que "si no existiera el memorándum tendríamos que inventarlo". Todos estos viejos agentes gubernamentales y partidarios ideológicos del más extremo neoliberalismo defienden que las vertiginosas reformas del sistema sanitario y los fuertes recortes de los gastos sociales no afectan a la salud; de hecho, según ellos, puede que acarreen mejoras.

La realidad no parece muy acorde con sus puntos de vista, más bien parece reflejar lo contrario. La vieja y la nueva bibliografía científica sobre las crisis y sus efectos en la salud presentan justamente la imagen opuesta.

Las opiniones de estos personajes no son más que un intento de justificar su elección política y sus intereses, que son la abolición del estado social y la total privatización de los servicios sanitarios.

Para apoyar estos puntos de vista incluso llegan, de forma totalmente arbitraria, a negar la existencia de los problemas creados por sus decisiones políticas en la salud de los ciudadanos. Niegan que existan los problemas que afrontan las personas desprovistas de seguro médico con vagas declaraciones en las que afirman que no les está vetado el acceso a los hospitales; también niegan la realidad de los consultorios sociales y hasta niegan o falsean los datos estadísticos que revelan el aumento de las enfermedades, de la mortalidad y de los suicidios. Esta negativa a admitir la realidad cumple todos los criterios del negacionismo; es decir, la idea de negarse a reconocer y de intentar desacreditar las conclusiones de la investigación científica. Similar es la reacción del Gobierno español a la hora de admitir las consecuencias de sus políticas.

Para concluir podemos decir que, a pesar de las graves insuficiencias del sistema sanitario griego antes de la crisis, la índole, la magnitud y la rapidez de los cambios aplicados han limitado la capacidad del sistema de satisfacer las necesidades de la población en un periodo de demanda creciente, con resultados desastrosos para la salud de los ciudadanos. Peor aún, estos cambios tienen resultados desastrosos también para la economía aunque precisamente se supone que estaban destinados a mejorarla.

Las elecciones del 25 de enero de 2015 abrieron una puerta de esperanza a la sociedad griega. El nuevo Gobierno declara estar dispuesto a intentar mantener en pie el sistema público de sanidad y garantizar el acceso libre de todos al bien básico de la atención sanitaria. Que anulará el vergonzoso decreto del ministro Loverdos y contratará más personal médico y clínico para mejorar el funcionamiento de las instituciones hospitalarias. Que luchará contra la corrupción y reorganizará los servicios sanitarios en beneficio de las necesidades de la gente. La sociedad griega está a la expectativa. Queda que lo declarado se lleve a la práctica. Esperamos que cuando se lean estas líneas las cosas sean mejores para la salud de la verdadera riqueza de Grecia, que son sus personas. Unas personas que se merecen algo mejor.

EPÍLOGO

El presente texto se terminó de redactar a mediados de marzo de 2015. Pese a ciertas vacilaciones que se vislumbraban ya en el gobierno de Alexis Tsipras, hasta entonces este proclamaba todavía lealtad a las promesas preelectorales. A día de hoy, las cosas son bastante diferentes. Un momento clave fue el 13 de julio de 2015: la capitulación ante los acreedores y la firma del tercer memorándum, firma que, en cierto sentido, recibió legitimación política en las elecciones de septiembre de 2015, en las que nuevamente resultó vencedor Alexis Tsipras. En los meses siguientes se han aprobado multitud de "reformas" que continúan exactamente la tónica marcada por los anteriores gobiernos. Se han registrado ciertas reticencias a la aprobación y aplicación de las nuevas medidas, pero, en líneas generales, lo que se hace notar es más bien una actitud de espera acompañada de la convicción de que, probablemente, no haya otra alternativa y de que, al menos, los gobiernos anteriores habían sido mucho más radicales, neoliberales y agresivos.

Pese a que la continuación de la política de austeridad tiene un evidente efecto negativo en la salud, en febrero de 2016 se produjo un hecho positivo: la decisión de garantizar el libre acceso al sistema sanitario público y a la atención sanitaria y farmacéutica en todos los niveles y a todos los afiliados a la seguridad social, sin ningún tipo de cargo económico. Esta decisión atañe a los dos millones y medio de personas sin asegurar que viven en Grecia. Aunque es más que probable que con ello no se solucionen todos los problemas de todas las personas, se trata de un importante alivio para una parte importante —aproximadamente una cuarta parte— de la población griega. Asimismo, mientras siga en pie esta decisión, supone que ya no hay necesidad de consultorios sociales en Grecia. No en vano estos consultorios, en sus declaraciones de principios y finalidades, así como en la Carta que firmaron en conjunto, declaran aspirar a su autodisolución a condición de que el Estado se haga cargo de sus obligaciones en lo referente a la salud de los ciudadanos. En estos momentos, en el seno de los consultorios médicos solidarios y las farmacias solidarias, se está llevando a cabo un fuerte debate sobre si a día de hoy juegan algún papel y, en caso afirmativo, cuál es ese papel…

BIBLIOGRAFÍA

Ahmed, P. O. (2014): "What does 'solidarity economy' mean? Contours and feasibility of a theoretical and political project", *Business Ethics: A European Review*, 24(4), pp. 425-436.

Branas, Charles C.; Kastanaki, Anastasia E.; Michalodimitrakis, Manolis; Tzougas, John; Kranioti, Elena F.; Theodorakis, Pavlos N.; Carr, Brendan G. y Wiebe, Douglas J. (2015): "The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis", *BMJ Open*, nº 5, febrero.

"Carta" de los Consultorios Médicos Solidarios y las Farmacias Solidarias (disponible en goo.gl/VpcniM, consultado el 26/7/2015).

Chang, Shu-Sen; Gunnell, David; Sterne, Jonathan A. C.; Lu, Tsung-Hsueh y Cheng, Andrew T. A. (2009): "Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand Social", *Science & Medicine*, nº 68, pp. 1322–1331.

Consultorio Médico de Iraklio: http://koinoniaher.gr/

Consultorio Médico de Salónica: http://www.kiathess.gr/en/

Consultorio Médico Metropolitano de Elinikó: http://www.mkiellinikou.org/en/

Declaración de los Derechos del Niño de la ONU: http://www.synigoros.gr/resources/kataliktikes-paratiriseis-ohe-2012.pdf (consultado el 20/3/2015).

Economou, M.; Madianos, M.; Theleritis, C.; Peppou, L. E. y Stefanis, C. N. (2011): "Increased suicidality amid economic crisis in Greece", *The Lancet*, vol. 378, p. 1459, 22 de octubre.

Falagas M. E.; Vouloumanou E. K.; Mavros, M. N.; Karageorgopoulos, D. E. (2009): "Economic crises and mortality: a review of the literature", *Int J. Clin Pract*, nº 63, pp. 1128-1135.

Karanikolos, M. *et al*. (2013): "Financial crisis, austerity, and health in Europe", *The Lancet*, vol. 381, Issue 9874, pp. 1323-1331, 13 de abril.

Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Reeves, A.; McKee, M. y Stuckler, D. (2014): "Greece's health crisis: from austerity to denialism", *The Lancet*, vol. 383, Issue 9918, pp. 748-753, 22 de febrero.

Klein, Naomi (2007): *The shock doctrine. The rise of Disaster Capitalism Henry Halt and Company*, Metropolitan Books, Nueva York.

Μάτσα, Κ.; Ιατρεία και φαρμακεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης: Εστίες αντίστασης στην ανθρωπιστική καταστροφή (2013) (disponible en http://eek.gr/index.php/self-organization/2265-iatreia-kai-farmakeia-koinonikis-allileggyis-esties-antistasis-stin-anthropistiki-katastrofi, consultado el 2/10/2015).

Stucker, D.; Meissner, C.; Fishback, P.; Basu, S. y McKee, M. (2012): "Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations 1929–1937", *J. Epidemiol Commun Health*, nº 66, pp. 410-419.

Stuckler, D. y Basu, S. (2013): *The Body Economic: Why Austerity Kills*, Basic Books, Nueva York.

Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, D.; Coutts, A. y McKee, M. (2008): "The health implications of financial crisis: A review of the evidence", *Ulster Med J.*, nº 78, pp. 142-145.

— (2009): "The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis", *The Lancet*, vol. 374, nº 9686, pp.315–323, 25 de julio (publicado *online* el 8 de julio).

The economist (2008): "Iceland: Cracks in the crust" (disponible en http://www.economist.

com/node/1276202711/12/2008, consultado el 16/3/2015).
WHO (2011): “Impact of economic crises on mental health”.
— (2012): “European Health Report 2012”, pp. 8-10.

CAPÍTULO 9

EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN GRECIA EN LOS AÑOS DE CRISIS ECONÓMICA

CONSULTORIO SOCIAL SOLIDARIO DE SALÓNICA

Traducción de Juan Merino

En cualquier recesión económica, cuando nuestra salud mental y física está más expuesta, los servicios relacionados con el sistema de salud son los primeros afectados. La destrucción del sistema de salud conlleva la destrucción del sistema de salud mental. Y en mayor medida en cuanto que la salud mental ha sido siempre el hijo adoptivo del Estado de bienestar.

Esas políticas, por un lado, aumentan la necesidad de prestaciones de servicios de salud mental; por otro, al mismo tiempo, degradan el propio sistema de salud mental: la persona "enferma" mientras el sistema de asistencia social se desgasta camino a la degradación y disolución de las Unidades de Salud Mental y a las prácticas represivas.

La reducción, sin embargo, no se produce en todos los ámbitos: el consumo de psicotrópicos se ha disparado. Las organizaciones privadas de apoyo psicosocial se fortalecen dentro del marco general de la privatización de los servicios públicos. Aumentan espectacularmente la pobreza, el desempleo, los suicidios y, sobre todo, el sufrimiento psíquico.

Sin embargo, en Grecia, se mantienen en el tiempo al menos dos constantes: la violación de la legalidad constitucional y la incapacidad para desinstitucionalizar, puesto que la "reforma psiquiátrica" real no ha llegado nunca.

EL CUADRO GENERAL

En Grecia, la estructura pública de salud mental relacionada con la

prestación de servicios es[181]:

1. De primera instancia: centros de salud mental, consultas externas de hospitales, centros de orientación infantil y unidades móviles.
2. De segunda instancia: hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría de hospitales generales.
3. De tercera instancia: centros de día, albergues y unidades de rehabilitación psicosocial.

Pero en Grecia nunca se ha organizado un sistema integral de salud mental. De hecho podemos hablar de indiferencia respecto al quebrantamiento de los derechos garantizados legalmente y una potente cultura de prácticas de represión del sujeto[182] (en relación con el tratamiento involuntario, la tutela jurídica, las diversas "prácticas terapéuticas" como mecánicas fijas, etc.) (Paraskevópulos y Cosmatos, 1997). Por otro lado, la estructura pública de salud mental siempre ha sido deficiente, orientada principalmente a la lógica del asilo frente a la práctica comunitaria (CPT, 2006) y, hasta el momento, nunca se ha producido su indispensable sectorialización.

La crisis económica se encontró en Grecia esa situación, junto con una primera tentativa de reforma psiquiátrica relativamente reciente. La crisis económica y la subsiguiente aplicación de políticas neoliberales han frenado en gran medida el rumbo de la reforma psiquiátrica. Han degradado el ya deficiente sistema de servicios públicos y han contribuido a aumentar el sufrimiento mental.

Pese a la falta de un registro de referencias sistemáticas en el campo de la salud mental[183], disponemos de datos generales, pero también de algunos más específicos:

- Existe una estrecha relación entre el desempleo y el aumento de los problemas psicológicos, el uso de sustancias, los suicidios, los homicidios, la mortalidad y los divorcios (Kentikelenis *et al*., 2011).
- Cuanto mayor es la duración del desempleo, más adverso es el

impacto en la salud mental, independientemente de la edad, la situación familiar, los ingresos y la clase social (Buras y Liguras, 2011).

- Aparte de otras cosas, los años de crisis aumentaron los episodios depresivos y el uso de antidepresivos, así como los índices de ingreso involuntario[184].
- En el gráfico del grado de apoyo[185] de los enfermos mentales en la Unión Europea, Grecia se clasificó en el puesto 28.

En los años de crisis, el destinatario de servicios de salud mental se enfrentó a una reducción del subsidio, del salario o de la pensión y a complicados trámites burocráticos para la administración de fármacos, por los que abonó un copago considerable. Las oportunidades de inserción laboral fueron escasas e incluso inexistentes. En muchos casos se le invitó a pagar sus gastos de hospitalización, las casas de acogida le retuvieron la pensión, tuvo que trasladarse a un nuevo entorno, etc. También acabó, al no estar asegurado, ¡incluso pagando por su hospitalización involuntaria!

Por otra parte, los trabajadores del sector de la salud mental se han enfrentado a los ERE y a los despidos.

Hoy en día, la Red de Servicios a la Comunidad sigue estando en fase de planificación: la atención a la salud mental principalmente la cubren las consultas externas de los hospitales psiquiátricos y las áreas de psiquiatría de los hospitales generales. Los centros de salud mental y las unidades móviles son muy escasos. El número de trabajadores se ha reducido, mientras que los desvíos a consultas externas y los ingresos se han multiplicado.

Se han dado casos en los que unos trabajadores se han lesionado y otros en que han muerto pacientes hospitalizados. Las reacciones por parte de trabajadores, usuarios del servicio, colectivos y sectores alternativos son cada vez más frecuentes.

LAS POLÍTICAS EN EJERCICIO

El sistema de salud mental en la Grecia de la crisis solo puede entenderse si se tiene en cuenta la situación predominante anteriormente en el campo de la salud mental.

En Grecia, el primer programa de reforma para la transformación del sistema psiquiátrico (artículo 21, ley 1397/83) está vinculado con la entrada del país en la CEE. En ese momento se ofrece una financiación reformista (reglamento de la CEE 815/84) y se hacen reiteradas estimaciones sobre la creación de nuevas unidades de salud mental en las comunidades. Hasta entonces las necesidades de la salud mental se cubrían mediante el sistema público de salud con nueve hospitales psiquiátricos. El "escándalo de Lero", por el que en 1989 se revelaron las vergonzosas condiciones de vida y el trato a los pacientes en el hospital psiquiátrico de la isla de Lero (Merritt, 1989a; Merritt, 1989b), se convirtió en noticia mundial, obligando al Gobierno de entonces a continuar con las reformas, lo cual llevó a nuevas disposiciones legales y controles por parte de comisiones europeas destinados a la apertura de nuevos espacios de atención psiquiátrica (pisos tutelados, albergues, centros comunitarios de salud mental y servicios de psiquiatría en hospitales generales). El 40% de los habitantes del país seguía teniendo un difícil acceso a servicios de salud mental.

A partir de los años noventa, en adelante aparecen gradualmente políticas y prácticas de privatización del servicio público de salud mental.

En 1999 se aprobó la ley "para el desarrollo y la modernización de los servicios de salud mental" (2716/99). En el primer artículo de la ley se describen los principios básicos de la política de salud mental: "El estado es responsable de la provisión de servicios de salud mental, que tienen por objetivo la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención, así como la rehabilitación psicosocial y la reintegración social [...], según los principios de la sectorialización y la psiquiatría comunitaria, la prioridad a la atención primaria, la atención ambulatoria, la desinstitucionalización [...]".

Al mismo tiempo, desde 1997, se había comenzado a dar forma a un plan plurianual y ambicioso para la reforma psiquiátrica, una de cuyas piezas clave se denominó "Psijargós". Su objetivo era el paso de los asilos a la asistencia comunitaria: la creación de un sistema alternativo de servicios en instituciones psiquiátricas con el centro de salud mental como eje,

eliminando el fenómeno de confinamiento en los hospitales psiquiátricos y su supresión gradual. La primera fase del "Psijargós"[186] se completó en 2001 con la creación de algunas unidades de consulta externa, pupilajes y servicios de formación profesional. Durante la segunda fase del programa (2002-2009), se cerraron las primeras instituciones psiquiátricas[187]. En los primeros 13 años de aplicación del programa se crearon principalmente instalaciones de rehabilitación.

En 2009, designado como el "principio" de la crisis económica en Grecia, el "pacto Spidla"[188] recordó a las autoridades griegas que debían, entre otras cosas, garantizar la plena dotación de personal a las instalaciones existentes y que se dote oportunamente a las nuevas[189].

En 2010, el Gobierno anunció que ya estaban en funcionamiento nueve centros de atención primaria de orientación infantil que, hasta 2015, tenían como objetivo cerrar todos los hospitales psiquiátricos y que en los tres años siguientes crearía numerosas instalaciones nuevas.

Pero, en 2012, comenzó la rápida disolución del sistema de seguros y del sistema de salud mental. Las asignaciones presupuestarias para la salud mental se recortaron en un 55%, de manera que no cubrían los gastos de las instalaciones y los salarios de los empleados. El Gobierno denunció a las instalaciones por despilfarro de dinero público (aunque fue él mismo el que aprobó la financiación de sus iniciativas). En respuesta, 37 Zonas de Salud Mental hicieron pública una protesta extrajudicial en el Ministerio de Sanidad, exigiendo que se asegurase la supervivencia de las instalaciones. Hasta el día de hoy las denuncias no han sido investigadas.

En 2013 se firma el pacto Licurentsos-Andor[190], que, entre otras cosas, establece que a finales de 2015 debía haberse completado la reforma psiquiátrica y haberse cerrado todos los hospitales psiquiátricos de Grecia. Se cierran y fusionan instalaciones operativas en el campo de la reinserción y ya han cerrado un total de seis de los nueve hospitales psiquiátricos[191]. Sin embargo, los servicios psiquiátricos operan con una cobertura superior al 100%[192].

Por otro lado, el sector privado ha crecido considerablemente. Las organizaciones no gubernamentales han fundado albergues, pupilajes y centros de día. En la segunda fase del programa, 33 ONG se quedaron una

parte importante de la financiación. Hoy, más de 2/3 están inactivas[193]. Se denunció que se habían despilfarrado fondos públicos, recursos nacionales y comunitarios. En el "pacto Spidla" ya se dice que "Se ha comprobado que había serios problemas de financiación de las entidades privadas sin ánimo de lucro a las que se ha asignado el funcionamiento de las estructuras de salud mental". La UE dio a Grecia 105 millones de euros para el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos.

A principios de 2014 operaban apenas 30 unidades móviles, 41 centros de salud mental y 110 albergues. La distancia con respecto a las previsiones es enorme. También se exige, según los compromisos del memorando, el despido de 11.000 trabajadores el año siguiente. El Programa Psijargós ahora se considera un "escándalo del memorando"[194].

En 2015, a la espera del cierre de los últimos tres hospitales psiquiátricos[195], aún no se había completado la creación de unidades de psiquiatría en los hospitales generales ni de instalaciones comunitarias, según había anunciado el ministro de Sanidad en sus declaraciones programáticas[196].

Hoy en día, en 2016, el programa "Psijargós" se encuentra en la tercera fase (2011-2020)[197]. La red de servicios comunitarios no se ha materializado nunca. Los fondos se han gastado principalmente en objetivos a corto plazo y en el sector privado. El sistema de la salud mental pública, en sentido amplio, está desmantelado.

En enero de 2016, la Iniciativa de Trabajadores y Despedidos de Salud Mental se retiró del grupo de trabajo creado por el Ministerio de Sanidad para diseñar la Salud Mental. En esa retirada se denuncia que "el nuevo gobierno no ha hecho ningún cambio en el sistema psiquiátrico para restablecer la justicia y tampoco ha realizado declaraciones programáticas[198] en relación con las prácticas institucionales, los pagos de los servicios por parte de los usuarios, la falta de medicamentos, las unidades cerradas de manera ilegal, el impago a los trabajadores, la creación de unidades autogestionadas, la sectorialización y el funcionamiento de un número adecuado de centros de salud mental y clínicas psiquiátricas en los hospitales generales". No se ha debatido nunca sobre los criterios de control y funcionamiento de las ONG, aunque la violación de los derechos de los pacientes mentales continúa[199].

En mayo de 2016, el nuevo Gobierno, después de 15 meses de ejercicio del poder, presentó el primer proyecto de ley en el campo de la salud mental, la "reforma de la organización administrativa de los servicios de salud mental"[200]. Se trata principalmente de una reorganización administrativa, según la cual nuevos comités sectoriales están sometidos a los comités regionales y a los nuevos comités regionales del Ministerio de Sanidad. El proyecto de ley ha recibido críticas en muchos aspectos:

- Se duda del propósito de la actividad de los comités sectoriales, ya que en Grecia no se ha aplicado la sectorialización; es decir, que no existe una amplia red de servicios a la comunidad para responder a las necesidades de la población de una región específica[201], de manera que los comités la coordinen y organicen.
- Se critica que afianza una reducción de la política fiscal, que los servicios continúan centralizados y controlados y que las regiones pueden decidir "reducir, fusionar, trasladar al personal'[202].
- La Federación Panhelénica de Trabajadores de Hospitales Públicos manifestó su oposición al proyecto de ley de salud mental. Considera necesaria la continuidad del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos: en ellos se sostiene el 80% del sistema de salud mental[203].

Al mismo tiempo, sin embargo, no se ha acometido aún ninguna acción concerniente a las cuestiones importantes del ámbito de salud mental, tales como:

- La falta de personal y de recursos, y los recortes presupuestarios.
- La psiquiatría represiva que se practica: la gran cantidad de internamientos involuntarios[204], las inmovilizaciones mecánicas prolongadas, las prácticas de aislamiento, la administración de

psicofármacos sin alternativas, el uso de descargas eléctricas, etc. (Paraskevópulos y Cosmatos, 1997).

¿REFORMA PSIQUIÁTRICA?

La abolición de los psiquiátricos, simplemente, no es una reforma psiquiátrica. Al contrario, puede significar tanto una reubicación de los usuarios de los servicios como una recomposición de la lógica del institucionalismo, del internamiento y del aislamiento. Y puede lograrse inmediatamente y drásticamente, como ha demostrado la deshospitalización neoliberal (reaganismo).

La reducción del tiempo de hospitalización no equivale a la superación de las prácticas del internamiento y del institucionalismo. Por el contrario, el alta rápida significa solamente una contención rápida de la "psicopatología aguda" en el nivel de los síntomas (por ejemplo, con la propagación del uso del descargas eléctricas).

La red de servicios comunitarios sectorializados (un sistema *comunity-based*, en lugar de uno *hospital-based*) no viene acompañada *a priori* de una asunción de la responsabilidad de la salud mental por parte determinada de una población y el soporte de la comunidad. En lugar de eso, una vez más, bien puede realizar una función de protección o de exclusión social a través de medios represivos, disociando el problema de la comunidad (medicalización y psicologización).

En resumen, incluso aunque en Grecia podamos tener alguna vez una financiación adecuada para la salud mental, garantizar su carácter público y gratuito y crear suficientes instalaciones comunitarias, no lograremos producir un cambio sustancial en el ámbito de la salud mental si no creamos los procesos sociales y alternativos para un cambio sistémico en el modo dominante de pensamiento, para una rehabilitación social real.

BIBLIOGRAFÍA

Buras, Y. y Liguras, L. (2011): "La crisis económica y su impacto en la salud mental", revista Εγκέφαλος, 48 (2), pp. 54-61 (en griego).

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) (2006): Informe sobre Grecia, § 145-146.

Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I.; Basu, S.; McKee, M. y Stuckler, D. (2011): "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", *The Lancet*, publicado *online* el 10 de octubre, DOI:10.1016/ SOI40-6736(11)61556-0.

Merritt, J. (1989a): "Europe's guilty secret", *The Observer*, 10 de septiembre, p. 1.

— (1989b): "The naked and the damned", *The Observer*, 10 de septiembre, p. 17.

Paraskevópulos, N. y Cosmatos, C. (1997): *El confinamiento forzoso de un enfermo mental en un hospital psiquiátrico* (en griego).

CAPÍTULO 10

LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN GRECIA

CONSULTORIO SOCIAL SOLIDARIO DE SALÓNICA

EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud es el que ha sufrido el mayor ataque de la política de los memorandos y de las leyes que aplica en comparación con todos los demás campos de la lucha de clases:

a) Está totalmente comprobado epidemiológicamente que la pobreza generalizada, el desempleo, la inseguridad cotidiana, el desmantelamiento de las relaciones laborales y la desarticulación de las libertades laborales producen más enfermedad y muerte.

b) El sistema de salud pública y el derecho al acceso libre y gratuito a la atención médica para la mayoría de la población se han reducido y desmantelado hasta tal punto que, prácticamente, han sido suprimidos: los no asegurados estaban ya legalmente obligados a pagar de su bolsillo el coste total de los servicios ofrecidos por el sistema nacional de salud (SNS) y a los asegurados se les pedía que pagasen cada vez más, y más caras, las pruebas de laboratorio, los medicamentos y los actos médicos y de enfermería que se les ofrecían en los hospitales y en la atención primaria, y ya no estaban

cubiertos por las arcas públicas.

Es decir, hemos experimentado una brutalidad inaudita: al mismo tiempo que se extendían las necesidades de una atención sanitaria oportuna, gratuita y de calidad en una gran parte de la población del territorio nacional debido al dramático deterioro de las condiciones de vida que aumentaban la morbilidad general, el sistema nacional de salud —ya como eufemismo— excluía a los no asegurados, es decir, a los más débiles, del tratamiento en los hospitales públicos. Los nuevos tratamientos médicos unificados cerrados (KEN), que se fijaron en 2011, preveían precios irreales hasta siete veces mayores que los antiguos, mucho mayores que el costo real del tratamiento y similares a los del sector privado, por lo que se vuelven prohibitivos para un pobre (porque pobres son quienes no tienen seguro) al que se le pedía que pagase el conjunto del tratamiento en su totalidad. A título indicativo podemos mencionar los siguientes precios: colecistectomía, 1.350 euros por tres días de tratamiento; parto, 900 euros; cesárea, 1.500; gastroenteritis simple con tres días de tratamiento, 600 euros; paciente con politraumatismo (las clásicas víctimas de accidentes de tráfico y de accidentes laborales graves), ¡7.900 euros! por un tratamiento de 20 días. Cantidades adicionales si por alguna razón se requiere mayor permanencia en el hospital. Y si alguno de los no asegurados tenía que ingresar con un caso agudo urgente, en un principio se le planteaba y se le pedía que pagase durante o al final del tratamiento; y, si no tenía, se cobraba el importe aportando todos los datos a las autoridades fiscales; y, si se trataba de un paciente crónico y de una cirugía programada, entonces no había ingreso si no adelantaba la mitad del KEN previsto. Cuando hablamos de no asegurados, hay que saber que nos referimos a un 30% de la población del territorio nacional a finales de 2012: todos los parados de larga duración, que no reciben prestaciones de desempleo; todos los empleados a tiempo parcial o en negro que no tienen los 60 sellos previstos por la ley para tener tarjeta sanitaria; todos aquellos que no pueden pagarse una compañía de seguros porque cerraron sus negocios o los mantienen en condiciones límite y les es imposible dar 870 euros cada dos meses; un gran número de ingenieros y profesionales liberales en paro; y, por supuesto, los inmigrantes indocumentados y aquellos a los que emplean

sus jefes en negro. Todos ellos se han quedado sin tarjeta sanitaria durante los años que van de 2010 a 2015.

CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SNS

La constitución y funcionamiento del SNS a mediados de los años ochenta fue la mayor conquista de la sociedad griega en la transición. Pese a las muchas deficiencias y contradicciones inherentes (iatrocentrismo, ausencia de atención primaria de salud pública en los centros urbanos, partidismo y contratación venal, tolerancia con el sobresueldo abierto de la economía sumergida, y hasta la corrupción del propio poder estatal y muchas otras cosas), garantizó por primera vez en los anales del Estado griego moderno el acceso libre y gratuito a la atención primaria y hospitalaria, independientemente de la situación económica del paciente. Después de 1985 y hasta finales de los años noventa, cualquiera que viviese o transitase por territorio griego y cayese enfermo tenía acceso seguro al hospital público, sin tener que pagar nada de su bolsillo incluso aunque no dispusiese de cobertura oficial de seguros. Los 186 nuevos centros de salud en provincias, la contratación de 11.000 médicos de todas las especialidades a tiempo completo y con exclusividad y de miles de profesionales de la salud, la prohibición de fundar nuevas clínicas privadas y la nacionalización de varias de las que estaban funcionando hasta entonces, así como el incremento del presupuesto público para la salud/prevención hasta el 11,5% (del 6,5% a principios de los años ochenta), fueron las condiciones institucionales y materiales para el acceso gratuito y universal a la asistencia. La gratuidad se anulaba muchas veces en la práctica con la economía sumergida y, principalmente, con el sobrecito en las especialidades quirúrgicas, pero el acceso universal y gratuito a las estructuras del SNS, sobre todo en situaciones excepcionales y de urgencia, estuvo garantizado durante 15 años (1985-1999). También hay que señalar que una parte muy grande de los fondos públicos se dirigían al fortalecimiento del sector empresarial privado simultáneamente emergente, en un principio a través de los contratos de las mutuas de seguros con los grandes centros de diagnóstico (que fueron excluidos de la prohibición antes mencionada) y, más tarde, a las principales

clínicas privadas nuevas.

APLICACIÓN DE POLÍTICAS NEOLIBERALES EN LOS AÑOS NOVENTA

La aplicación de políticas neoliberales desde principios de los años noventa condujo, junto con las debilidades y contradicciones iniciales, al desmantelamiento gradual del SNS.

Concretamente nos referimos a que, en los ocho años de 1997 a 2004, los ingresos de las empresas privadas de la salud aumentaron en un 134%; solamente en 2005 el incremento de los beneficios alcanzó un 12,5%, mientras que ese mismo año las 20 empresas más grandes obtuvieron el 66% de beneficios y el 60% eran por pagos de las mutuas de seguros.

Así que ya antes de la supeditación al FMI y la política de memorandos, según datos de la propia OCDE y de Eurostat, Grecia era el primer país en gasto sanitario desastroso: hogares en quiebra por la incapacidad para hacer frente a los costes del tratamiento; el presupuesto público oficial para salud/prevención subía de nuevo solo al 6,5% del total, frente al 12,5% que era el promedio en los países de la UE; el 6% de los ingresos familiares en Grecia frente al 2% en la UE se destinaba a gastos de salud y la relación del gasto público y privado en salud estaba en el 47-53% (con diferencia el peor de todos los países de la OCDE y no solo de la UE). Además, los propios organismos destacaban en sus informes la necesidad de fortalecer el sector de la salud pública a pesar de que en otras áreas (por ejemplo, relaciones laborales) sus posiciones y sus directrices eran reaccionarias.

Con el inicio del programa de estabilización todo cambia por arte de magia. De pronto, todo el espectro burgués, extranjero y local descubre que gastamos mucho en el SNS y que tiene que haber recortes drásticos en todos los niveles. Así que se impone un recorte del gasto público sin precedentes del orden del 50% durante el quinquenio 2010-2014, que se acompañó con el cierre de hospitales enteros o servicios, despidos de personal, reducción masiva de los gastos de funcionamiento (hasta el punto de que los hospitales restantes no pueden trabajar por falta de materiales y personal), intensificación de los mecanismos de cobro con la introducción del pago de cinco euros y, sobre todo, del aumento de los KEN, intensificación del

autoritarismo administrativo y de la disciplina de los trabajadores, disolución de cualquier tipo de atención primaria que hubiese en las ciudades a través de médicos y laboratorios de los que disponían las compañías de seguros médicos, y muchas otras medidas reaccionarias.

El Gobierno Syriza-Anel demostró en los primeros seis meses de negociación con los acreedores una pasividad inaudita para materializar sus anuncios preelectorales y también sus declaraciones programáticas, tanto sobre los no asegurados como sobre el audaz afianzamiento financiero del SNS. Y no solo no cambió el modelo de gestión del sistema público, ni siquiera a los gestores del memorando, que siguieron imperturbables llevando a cabo la política anterior. Solo se abolió el pago de cinco euros por análisis en las consultas externas de los hospitales y centros de salud y se hicieron pequeños gestos de democratización del sector en los derechos de los pacientes, como la eliminación de la penalización a los seropositivos y la de la retención de la pensión de los pacientes mentales graves hospitalizados mucho tiempo en servicios psiquiátricos para cubrir sus gastos de tratamiento. El Gobierno Syriza-Anel, durante todo el primer año, simplemente dejó de reducir los gastos de salud y los aumentó ligeramente hacia finales del año, ya que los hospitales habían agotado sus presupuestos en verano y las cosas en la salud pública habían llegado al límite de colapso funcional, algo que aceptó en repetidas ocasiones el propio Ministerio de Sanidad. Hubo una gran escasez de materiales, incluso de artículos de primera necesidad, medicamentos para enfermos de cáncer, filtros de diálisis, etc., lo que, combinado con la consiguiente y enorme escasez de mano de obra, dio una imagen terriblemente fea del SNS, más allá de su desarticulación y de su decadencia.

PROYECTO DE LEY PARA LA SALUD DEL GOBIERNO SYRIZA-ANEL

En febrero de 2016, con un retraso de un año, el Gobierno Syriza-Anel presenta un proyecto de ley para la salud que permite el acceso libre y gratuito al sistema de salud pública de todos los que no tienen seguro (excluyendo inmigrantes sin papeles; a estos solo se les cubre gratuitamente en caso de emergencia: embarazadas, presos en cárceles o centros de

detención, y niños y adolescentes menores de 18 años). Con el AKMA (número de registro de la seguridad social) que tienen los ciudadanos de Grecia, a todos se les trata como si estuviesen asegurados y abonan solamente el copago de las visitas médicas o el medicamento, como los asegurados. Además, desde el 1 de agosto de 2016, grupos de población con ingresos muy escasos (los llamados pacientes "privilegiados") tendrán una cobertura farmacéutica completa con el 0% de copago en el medicamento.

No ha habido el incremento necesario de los gastos en salud debido a los compromisos del tercer memorando, solamente un ligero aumento en el presupuesto para 2016. Por parte del Ministerio de Sanidad hay sin duda intentos de financiación a partir de los programas del Pacto Corporativo de Marco de Desarrollo, pero falta ver el seguimiento. Aquí hay que hacer hincapié en que —según los estudios de los sindicatos, de los que no duda el Ministerio de Sanidad— para el pleno desarrollo del sistema de salud se requieren al menos 30.000 contrataciones (médicos, enfermeros, ayudantes de laboratorio, socorristas, conductores de ambulancias, psicólogos, visitadores a domicilio, auxiliares sanitarios, trabajadores sociales, etc.) y 10.000 enfermeros y 2.500 médicos de todas las especialidades para que funcione de manera mínimamente aceptable. Como se ha dicho más arriba, no ha habido contrataciones ni para reemplazar los puestos de los trabajadores que se jubilaban. Así que cada día cubren el servicio menos sanitarios y cada vez más viejos para una gran cantidad de trabajo, ya que, debido a la crisis y el empobrecimiento continuos, aumentan las necesidades sanitarias de la población. La prolongación de esta situación durante al menos una década ha extenuado a los sanitarios hasta el punto de la desesperación. En un año y medio del nuevo Gobierno solo ha habido 1.200 contrataciones de profesionales de la salud, pero con relaciones laborales flexibles.

El sector empresarial privado mantiene intactos sus grandes beneficios, tanto en grandes clínicas privadas y centros de diagnóstico como en la actividad comercial en los hospitales públicos (numeroso *establishment* docente y de gestión, equipos, compañías de *catering* y seguridad, compañías farmacéuticas que hacen y deshacen a su antojo, etc.).

No ha sido retirada la Ley del ESAN AE (la Sociedad del Sistema de

Fondo Común de Hospitales S.A.), es decir, la sociedad anónima que distribuirá, en las condiciones del mercado y con criterios empresariales, la financiación estatal y de los seguros a los hospitales públicos y privados por igual, según el sistema DRG. Todavía no se aplica, pero no se ha retirado aunque los acreedores están presionando para que se aplique, ya que está entre los compromisos del memorando.

Así que por fin podemos decir que la presentación del proyecto de ley para que los no asegurados tengan acceso ha coincidido con la parte empobrecida de la sociedad griega en un callejón sin salida, pero creemos que, para que la reforma tenga sentido y sea completa, la financiación del sistema de salud pública para contratar personal, equipo e infraestructura tiene al menos que duplicarse. De lo contrario, el acceso libre será en gran medida solamente teórico, tanto para los no asegurados como para los asegurados.

Las carencias sanitarias son muy graves en los campamentos de refugiados. Se están realizando esfuerzos por parte del Ministerio de Sanidad para obtener el apoyo financiero de la Comisión Europea y, además, muy recientemente se ha aprobado una solicitud de este tipo (24,2 millones de euros) para la cobertura sanitaria al grupo de los refugiados, pero cualquier tipo de contrato será de ocho meses. Está previsto que la atención primaria de salud funcione en los "centros de acogida", pero, en su gran mayoría, son totalmente inadmisibles en cuanto a condiciones de vida y en cuanto a que están alejados del tejido urbano. Por eso nuestra posición es que se cierren y se distribuya a los refugiados en instalaciones de acogida y casas decentes dentro del tejido urbano y en los pueblos. Sin embargo, mientras existan esos centros, deben estar completamente abiertos a todo tipo de solidaridad; y la responsabilidad de cobertura sanitaria adecuada la tiene el Ministerio de Sanidad con su propio personal y no las diversas ONG.

APOYO A LAS PERSONAS SIN PAPELES Y A LOS REFUGIADOS

Los trabajadores de los consultorios sociales decidieron, en el encuentro nacional de 2016, que había que apoyar por todos los medios a las personas sin papeles y a los refugiados en conjunto. Exigimos atención médica y farmacéutica completa. Exigimos al Ministerio de Sanidad que incremente

INMEDIATA y GENEROSAMENTE la financiación del SNS a través de los presupuestos del Estado y que se apoye por todos los medios al desmoronado SNS. El último ejemplo de la actuación del Gobierno —la violenta represión de tres espacios ocupados de acogida abierta alternativa de refugiados en nuestra ciudad— no nos hace ser optimistas respecto a la adopción de un tratamiento más humano de los refugiados por parte de la Administración del Estado.

CONCLUSIÓN

Hoy en día, después de la reciente experiencia de "negociación", tenemos plena conciencia de que, si no se da un giro total en el marco del memorando hacia una ruptura total con los acreedores, no hay posibilidad de conquistas importantes en la sanidad. Y cualquier paso adelante que dé la actual dirección del Ministerio de Sanidad, lo dará demasiado tarde (reciente ley y decreto ministerial de acceso libre y gratuito para los no asegurados, derogación de los cinco euros, eliminación de las miserables cláusulas de Loverdos a los seropositivos, incentivos para dotar de personal a las regiones degradadas, cambio en la retrógrada gestión del KEELPNO (Centro de Control y Previsión de Enfermedades), y no será suficiente para contrarrestar la grandísima degradación de la imagen del SNS, la supresión de plantillas, su burocratización y un funcionamiento inhumano en muchas ocasiones para pacientes y sanitarios. Y concluyen en la coartada comunicativa para proseguir con las alternativas neoliberales conservadoras básicas que, no olvidemos, al perpetuar el empobrecimiento influyen negativamente, sobre todo, en los indicadores sanitarios (aumento de la morbilidad).

NOTAS

1 . Ya Edwin Chadwick, en 1842, recomienda la necesidad de que el Estado intervenga para asegurar la productividad laboral mediante la asistencia sanitaria. Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain, ed. Chadwick's Report on Sanitary Conditions.

2 . El primero en Alemania, el llamado modelo Bismarck en 1883.

3 . Que los estados tuvieron urgencia en controlar, debido a su relación con el movimiento obrero y la conflictividad social.

4 . La mortalidad por tuberculosis comienza a reducirse a partir de 1800, mientras que los medicamentos eficaces para su tratamiento aparecen en la segunda mitad del siglo XX: la estreptomicina no se descubre hasta 1944, la isoniacida en 1952 y la rimfampicina en la década de los sesenta.

5 . En el siglo XIX los trabajadores de Alemania, Francia e Inglaterra lavaban todo su cuerpo no más de 10 veces al año, mientras su ropa interior solo se cambiaba unas pocas veces (Menéndez, 2005) (disponible en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102).

6 . El primer país en implantar la cobertura universal fue Nueva Zelanda, en 1939; posteriormente, Gran Bretaña estableció el primer sistema sanitario de cobertura universal en Europa, el National Health Service (NHS) en 1948.

7 . "[…] a las clases trabajadoras y blancas de los países del Atlántico Norte, de EE UU a Alemania, les ofrecieron un trato. Si acordaban dejar de lado las fantasías de cambiar radicalmente la naturaleza del sistema, se les permitiría mantener sus sindicatos, pensiones, vacaciones, sanidad […] y quizá lo más importante, gracias a instituciones educativas públicas saber que sus hijos tenían una posibilidad razonable de abandonar por completo la clase obrera".

8 . Michel Foucault, 1974, "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" (disponible en http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf).

9 . "Mientras entre los grupos de ingresos más elevados estén los profesionales de la sanidad, mientras entre las empresas con mayor tasa de beneficios se hallen los laboratorios farmacéuticos y las compañías de seguros, se perpetuará el desgraciado fenómeno de que una parte de la población viva, y viva bien, de los sufrimientos de otra parte e incluso albergue cierto grado de interés soterrado en la continuidad de dichos sufrimientos" (Zola, 1981: 60).

10 . Las tasas del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) han bajado en forma considerable desde que los médicos comenzaron a recomendar que se acostara a los bebés de lado o boca arriba.

11 . "La mayoría de los médicos prefiere fumar Camel" (disponible en

http://www.fogonazos.es/2006/10/more-doctors-smoke-camels.html). "Cuida tu salud, fuma Chesterfield", "L&M, justo lo que el médico te mandó".

12 . https://en.wikipedia.org/wiki/Walter_Jackson_Freeman_II

13 . Se acaban de cumplir 60 años del primer mutilado por talidomida sin que los afectados hayan recibido reparación en España ("25 diciembre 1956-2016, 60 años del primer mutilado por talidomida", disponible en https://www.avite.org/25-diciembre-1956-2016-60-anos-del-primer-mutilado-talidomida/).

14 . Hasta 1973 no fue retirada la homosexualidad del DSM.

15 . Hoy día se nos invita a más gratificación sexual ("sexo es vida"), hasta el punto de utilizar la cirugía y los medicamentos para aumentar el placer sexual o el número de encuentros.

16 . Aunque centrado en la sociedad estadounidense de los siglos XIX y XX, este ensayo denuncia cómo la profesión médica (incluido el segmento dedicado a la investigación) antepuso sus intereses económicos a la salud de sus pacientes femeninas.

17 . "Atribuyen hasta 1.800 muertes al fármaco contra diabetes Mediator" (disponible en http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12738564).

18 . Desde el cribado del cáncer de próstata o los antiarrítmicos en los infartos hasta los stents en la angina de pecho estable, la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, la vertebroplastia, etc.

19 . "Revocación médica" (*medical reversal*) es la situación en la que un tratamiento ampliamente aceptado por la profesión médica como estándar oro acaba demostrándose años después que es inútil o (lo que es peor) dañino.

20 . Entrevista a John Ioannidis: "Cómo protegerse de la mala ciencia" (disponible en http://www.nogracias.eu/2015/02/23/5340/).

21 . El *Diccionario de Salud Pública* de Kishore (2002) conceptualiza la medicalización como "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido hacia muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas".

22 . "Cuando yo nací, antes de que Stalin, Hitler y Roosevelt llegaran al poder, solo los ricos, los hipocondríacos y los miembros de grupos minoritarios hablaban de su necesidad de atención médica en cuanto les subía la temperatura. Era una necesidad discutible y discutida, toda vez que los doctores no podían hacer mucho más de lo que hacían nuestras bisabuelas" (Illich, 1981: 20-21).

23 . El número de consultas médicas per cápita al año va de 11,8 en Hungría a 3 en Suecia, y 7,4 en España ("Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE", disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud._UE_2013.pdf).

24 . J. Robert, "Una industria médica iatrogénica" (disponible en http://www.ivanillich.org.mx/3nemesis.pdf).

25 . “Así, problemas como alcoholismo, pobreza, problemas emocionales, delincuencia, toxicomanías, embarazos no deseados, abortos, minusvalías, cambios de sexo, depresión, no dormir bien, no comer bien, comer demasiado o no tener suficiente energía, menopausia, tabaquismo, depresión, embarazo, parto, sobrepeso, impotencia, insomnio, duelo, depresión postvacacional, timidez, calvicie, trastorno de adaptación, trastorno de angustia por separación, disfunción sexual, síndrome de hiperactividad, osteoporosis, fatiga crónica […] acaban por ser susceptibles de intervención médica”.

26 . En 2005, neurólogos australianos describieron en el BMJ una “nueva enfermedad” llamada trastorno de deficiencia motivacional (MoDeD), caracterizado por la extrema pereza, proponiendo para diagnosticarlo la utilización de la tomografía por emisión de positrones (disponible en http://www.bmj.com/content/332/7544/745.2.extract).

27 . Amartya Sen. Así, en el estado de Kerala, con un nivel de alfabetización, empleo, riqueza y esperanza de vida tan alto como el de Estados Unidos, sus habitantes se sienten más enfermos que sus vecinos de Bihar, con peores niveles de educación y esperanza de vida. Las expectativas excesivas de los ciudadanos conllevan un ansia de salud perfecta que, paradójicamente, provoca el sentimiento de tener mala salud.

28 . Revista *Etcétera,* nº 42, “medicina y su poder”. Según un informe de la Asociación de agentes de propaganda médica de la Argentina, el incremento del Valium (Diazepán), fabricado por Roche, tiene un incremento del 33,623% (disponible en http://www.sindominio.net/etcetera/REVISTAS/NUMERO_42/numero_42.html).

29 . Gilead Sciences, propietaria del fármaco Sovaldi, cuyos costes de producción para un tratamiento de 12 semanas no supera los 115 euros, ha estado vendiendo este tratamiento al Gobierno español por una cantidad entre 25.000 y 60.000 euros. “Sobre la problemática derivada de la falta de acceso a fármacos para la hepatitis C” (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=comunicados&id=131&limit=&titulo=COMUNICADOS).

30 . “Prevalence of Diabetes in the United States. A Glimmer of Hope?” (disponible en http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2434665&resultClick=3).

31 . Se pasó a recomendar tratamiento farmacológico a los “hipertensos leves” (entre 140/90 y 160/100).

32 . D. Diao, J. M. Wright, D. K. Cundiff y F. Gueyffier, “Pharmacotherapy for mild hypertension” (disponible en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ 14651858.CD006742.pub2/abstract).

33 . “Colesterol, el gran farol”, Canal Arte TV, noviembre de 2016. Michel de Lorgeril, investigador del CNRS y miembro de la Sociedad Europea de Cardiología (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/noticias/ 536-2016-10-20-colesterol-el-gran-farol).

34 . C. Kearns *et al.*, “Sugar Industry and Coronary Heart Disease Research. A Historical Analysis of Internal Industry Documents” (disponible en http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2548255).

35 . M. Nestle *et al.*, “Food Industry Funding of Nutrition Research. The Relevance of History for

Current Debates" (disponible en http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2548251).

36 . Diagnosticar una "enfermedad" que nunca causará síntomas o la muerte del paciente. Se trata de un problema, ya que convierte a las personas en enfermos sin necesidad, y conduce a tratamientos que solo pueden causar daño, al no aportar ningún beneficio a su salud.

37 . "Colesterol, el gran farol", Canal Arte TV, noviembre de 2016, John Abramson (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/noticias/536-2016-10- 20-colesterol-el-gran-farol).

38 . J. R. Laporte, catedrático de Farmacología: "Los fármacos son ya la tercera causa de muerte en países industrializados" (disponible en http://www.diariovasco.com/sociedad/salud/201411/21/estudios-senalan-farmacos-tercera-20141 1210739.html).

39 . "Muchas farmacéuticas cierran sus investigaciones sobre antibióticos porque curan a la gente."
El premio Nobel de Química de 2009, Thomas Steitz (Estados Unidos), ha denunciado que los laboratorios farmacéuticos no invierten en investigar en antibióticos, que puedan curar definitivamente, sino que prefieren centrar el negocio en medicamentos que sea necesario tomar durante "toda la vida", *La Vanguardia*, 27/08/2011.

40 . En 2013, las farmacéuticas fueron el primer sector en ganancias, por delante de bancos, automotriz, petróleo y gas, y medios de comunicación (disponible en http://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/11/141106_economia_farmaceuticas_industria_ch).

41 . Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Memoria anual de actividades 2013 (disponible en http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3304).

42 . Solo por detrás de Francia, seguido de Estados Unidos, Austria e Italia, "International Comparison of Medicines Usage: Quantitative Analysis" (disponible en http://www.abpi.org.uk/our-work/library/industry/Documents/meds_usage.pdf) e "International variation in drug usage" (disponible en http://www.international-comparisons.org.uk/RAND_RR899.pdf).

43 . Strengthening pharmacovigilance to reduce adverse effects of medicines, Bruselas, 10 de diciembre de 2008.

44 . https://goo.gl/6HrKO8

45 . Se estima que el 5% de las admisiones hospitalarias se deben a una reacción adversa a los fármacos, siendo la quinta causa más común de muerte en el hospital.

46 . New drugs and indications in 2011. France is better focused on patients' interests after the Mediator° scandal, but stagnation elsewhere.

47 . Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos.

48 . “Unintended consequences of expensive cancer therapeutics-the pursuit of marginal indications and a me-too mentality that stifles innovation and creativity: the John Conley Lecture” (disponible en http://www.ncbi.nlmnih.gov/pubmed/25068501).

49 . El 11 de junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como de nivel de alerta seis; es decir, “pandemia en curso”.

50 . El BRCA1 y el BRCA2 son genes humanos que producen proteínas supresoras de tumores.

51 . La mamografía detecta falsos positivos (lesiones sospechosas que no son malignas), puede sobrediagnosticar o sobretratar (las mujeres pueden recibir tratamiento sobre lesiones que nunca hubieran evolucionado en cáncer) y expone al cuerpo a sustancias radiactivas.

52 . Juan Gervás, “Sobrediagnóstico del cáncer de mama en el cribado de mamografía” (disponible en https://goo.gl/PphKC6).

53 . “El mamógrafo llega a Afganistán” (disponible en http://www.elmundo.es/sociedad/2016/08/26/57bf1f1846163fca1b8b4619.html).

54 . A. Sitges, “¿Por qué los cribados contra el cáncer no alargan la vida?” (disponible en http://diarisanitat.cat/per-que-els-cribratges-contra-el-cancer-no-allarguen-la-vida/).

55 . http://www.infosalus.com/salud-bienestar/noticia-menos-dos-cada-tres-resonancias-magneticas-lumbares-hechas-espana-no-son-necesarias-estudio-20100317134337.html

56 . Murcia 18, Madrid, 78 RM/1.000 habitantes. Datos del Ministerio de Sanidad (2009).

57 . “Los radiólogos recomiendan hacer solo las pruebas que demuestran su utilidad y las que reduzcan las dosis de irradiación” (disponible en https://goo.gl/iqXZ0K).

58 . “Exponer un niño a la radiación de dos o tres TAC de la cabeza puede triplicar el riesgo de desarrollar cáncer cerebral, y que un menor expuesto a entre cinco y 10 pruebas de este tipo es tres veces más propenso a desarrollar leucemia que un chico sin esa exposición” (disponible en https://goo.gl/f4ZERl).

59 . “Recomendaciones SERAM de ‘no hacer’. Para médicos prescriptores, radiólogos y pacientes”: “Por el bajo rendimiento diagnóstico, la posible iatrogenia asociada (tanto por la propia prueba como por las que se pueden derivar de ella) y elevado coste (económico y social) no existe justificación para realizar mamografías de detección precoz en mujeres menores de 40 años que no presenten factores de riesgo” (disponible en http://serames/modules.php?name=news&lang=ES&idnew=1074).

60 . “A new perspective on the health of Canadians”, 1974 (disponible en http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf). Se señalaron cuatro grupos: factores biológicos-genéticos (actualmente no modificables —salvo en algunos casos mediante técnicas experimentales de selección de embriones, plagados de problemas técnicos y éticos— y de difícil extensión a la mayoría de la población dentro de los sistemas estatales); ambientales (tóxicos en alimentación y el agua, hacinamiento, contaminación, gestión de residuos, etc.) y factores sociolaborales (régimen y

peligrosidad laboral, duración de la jornada, condiciones de trabajo, poder adquisitivo, etc.); los estilos de vida (régimen alimenticio, actividad física, adicciones, etc.); y en último lugar, la calidad y accesibilidad de los sistemas sanitarios.

61 . R. M. Kaplan, "Behavior change and reducing health disparities" (disponible en http://www.ncbi.nlmnih.gov/pubmed/24780526).

62 . Se calcula que el número de muertos derivados de las industrias del tabaco, automóvil, alimentación y bebidas, alcohol, armas de fuego y farmacéuticas se aproxima a 16 millones anuales.

63 . Llamamos centros estatales, con contraposición a los privados-empresariales, a los mal llamados "públicos", centros mantenidos con nuestro dinero, con personal dependiente de la Administración, pero en los que las decisiones se toman por los gestores y políticos de turno, sin ninguna posibilidad de participación real de pacientes y trabajadoras/es en su gestión.

64 . Victor R. Fuchs, "More Variation in Use of Care, More Flat-Of-The-Curve Medicine" (disponible en http://content.healthaffairs.org/content/early/2004 /10/07/hlthaff.var.104.full.pdf+html).

65 . Jean Robert, "Una industria médica iatrogénica" (disponible en www.ivanillich.org.mx).

66 . "La mortalidad por melanoma disminuye hasta tener dos dermatólogos por 100.000 habitantes; a partir de esta cifra, cualquier incremento del número de especialistas no se corresponde con descensos de las tasas de mortalidad. Igualmente, a mayor densidad de especialistas, mayor mortalidad global, coronaria, por cáncer y neonatal" (Gervás y Pérez-Fernández, 2015: 82).

67 . "Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section-a cross sectional study during 2000–2010 in Finland" (disponible en http://www.ncbi.nlmnih.gov/pmc/articles/PMC3999387/).

68 . "Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967–2004" (disponible en http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340 701417422/abstract).

69 . Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE).

70 . "Gran Bretaña plantea la vuelta al parto en casa, ¿es peligroso nacer en un hospital?" (disponible en http://www.migueljara.com/2014/12/04/gran-bretana-plantea-la-vuelta-al-parto-en-casa-es-peligroso-nacer-en-un-hospital/).

71 . El efecto rebote, o la paradoja de Jevons, afirma que, a medida que el perfeccionamiento tecnológico aumenta la eficiencia con la que se usa un recurso, es más probable un aumento del consumo de dicho recurso que una disminución. A más eficiencia, más uso (no menos).

72 . "Retirar parcial o totalmente recursos de tecnologías, medicamentos, procedimientos o prácticas existentes, al aportar escaso o nulo valor en relación con el coste que supone".

73 . Medicina tradicional china, medicina ayurvédica, etc.

74 . Sobre el concepto de megamáquina (Mumford, 2010).

75 . “Participar en la gestión de las instituciones de salud de quienes trabajan en ellas, o a ellas están adjudicados, son, sin duda, iniciativas progresistas, pero ¿hacia dónde nos progresan?”.

76 . “La lucha de la Sanidad en Grecia 2012” (disponible en https://www.youtube.com/watch?v=ZU1RSsMH-ys).

77 . Existen en los centros sanitarios comisiones de infecciones, mortalidad, compras…, controlados por una elite minoritaria. Todos los datos económicos, de indicadores de calidad y de actividad, a cualquier nivel de desagregación, deben de ser públicos y accesibles para todas las personas.

78 . El tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas (55.000 solo en España, donde el 24% de la población es fumadora activa), de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600.000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. En 2030, la cifra anual de muertes podría ascender a más de 8 millones (disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/).

79 . “Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones” (disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/).

80 . “La obesidad y el sobrepeso causan tres millones de muertes al año en el mundo” (disponible en http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2012/03/ 07/obesidad-sobrepeso-causan-tres-millones-muertes-ano-mundo/ 630291.html).

81 . “La negra contabilidad de las bebidas azucaradas. El consumo de estas bebidas se asocia a 184.000 muertes al año (disponible en http://www.elmundo.es/salud/2015/06/30/5591034a268e3ede2e8b4574.html).

82 . R. Heede, “Tracing anthropogenic carbon dioxide and methane emissions to fossil fuel and cement producers, 1854–2010” (disponible en http://link.springer.com/article/10.1007/s10584-013-0986-y).

83 . “Air quality in Europe-2014 report”, p. 55 (disponible en www.eea.europa.eu//publications/air-quality-in-europe-2014).

84 . Agencia Europea de Medio Ambiente, “Air quality in Europe 2013 report”.

85 . Siete millones de personas mueren anualmente a causa de la contaminación ambiental, es decir una de cada ocho en el mundo (disponible en http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AP_jointeffect_BoD_results_March2014.pdf?ua=1 y http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/air-pollution/es/).

86 . “Air quality in Europe-2013 report”. Dos contaminantes en concreto —las partículas y el ozono troposférico— siguen provocando problemas respiratorios y enfermedades cardiovasculares y reduciendo la esperanza de vida (disponible en http://www.eea.europa.eu/es/pressroom/newsreleases/la-contaminacion-atmosferica-sigue-ocasionando).

87 . Treinta y siete millones de españoles respiran aire contaminado según los parámetros de la OMS (disponible en http://www.20minutos.es/noticia/957918/0/contaminacion/urbana/claves/).

88 . http://www.ecologistasenaccion.org/article30393.html

89 . "Air quality in Europe-2013 report". Datos de la calidad del aire en Europa entre 2002 y 2011 (disponible en http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2013).

90 . "Air quality in Europe-2015 report". Datos de la calidad del aire en Europa entre 2011 y 2013 (disponible en http://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2015).

91 . "Review of evidence on health aspects of air pollution. REVIHAAP Project, WHO Regional Office for Europe (disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/193108/REVIHAAP-Final-technical-report-final-version.pdf).

92 . "Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask. European Observatory on Health Systems and Policies", *Observatory Studies Series*, nº 34 (disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/259955/Everything-you-always-wanted-to-know-about-European-Union-health-policies-but-were-afraid-to-ask.pdf).

93 . "Noise in Europe 2014" (disponible en http://www.eea.europa.eu/publications/noise-in-europe-2014).

94 . "Health impact assessment of traffic noise in Madrid (Spain)" (disponible en http://www.ncbi.nlmnih.gov/pubmed/25531818). Apuntan que reducir un decibelio el ruido del tráfico evitaría 468 muertes al año en Madrid.

95 . Antes de los ajustes realizados por la troika, un bebé nacido en Estados Unidos tenía un 40% más de riesgo de morir durante su primer año de vida que un bebé nacido en Grecia, cuando el gasto en atención sanitaria y el empleo de altas tecnologías era muy superior en Estados Unidos, en cambio la desigualdad interna era menor en Grecia.

96 . http://repub.eur.nl/res/pub/9298/10746111.pdf

97 . El estrés agudo refuerza nuestro sistema inmunológico, mientras que el estrés crónico es inmunosupresor y desgasta todo tipo de órganos.

98 . Estamos a las puertas del fin de la energía abundante y barata; el fin del acceso fácil a muchos minerales y materiales; a los primeros signos de problemas de abastecimiento de agua y alimentos, que se agravarán, ya que el 90% de los alimentos están producidos hoy por energía fósil.

99 . Primer Plan de Infraestructuras sanitarias (2004-2007). Modelo PFI: Aranjuez, Arganda, Coslada, Parla, San Sebastián de los Reyes, Majadahonda, Vallecas. Modelo PPP: Valdemoro.

100 . El hospital y todo su equipamiento básico son privados, así como todos los mal llamados servicios "no sanitarios", la esterilización y los laboratorios.

101 . En este modelo todo queda en manos privadas, hasta la propia asistencia clínica, de forma que el personal facultativo y sanitario dejan de ser empleados públicos y pasan a depender exclusivamente de la empresa concesionaria.

102 . Segundo Plan de Infraestructuras sanitarias (2007-2011). Hospitales de Torrejón, Móstoles-Rey Juan Carlos, Villalba y Carabanchel (este último no se llegó a construir por problemas con el terreno).

103 . En terrenos públicos de San Sebastián de los Reyes, cedidos a la empresa privada por acuerdo en pleno municipal de PP, PSOE, IU e Izquierda Independiente de San Sebastián de los Reyes.

104 . Ribera Salud podrá explotar el servicio hasta 2018, y recibirá 125 millones de euros por los primeros ocho años, prorrogables por otros dos.

105 . Laboratorios de Coslada, Virgen de la Torre-Vallecas, Vicente Soldevilla-Vallecas, Aranjuez.

106 . Anula las 11 áreas existentes y crea un área única para 6,5 millones de habitantes.

107 . Concesión por seis años y 40 millones de euros.

108 . AMYTS, SATSE, SAE, CC OO, UGT y CSIT-UP.

109 . Llamamos centros estatales, en contraposición a los privados-empresariales, a los mal llamados "públicos", centros mantenidos con nuestro dinero, con personal dependiente de la Administración, pero en los que las decisiones se toman por los gestores y políticos de turno, sin ninguna posibilidad de participación real de pacientes y trabajadoras/es en su gestión.

110 . "Los incentivos económicos en sanidad son perjudiciales para la salud" (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=comunicados&id=117&limit=&titulo=COMUNICADOS).

111 . Marañón, 12 Octubre, La Paz, Clínico, Ramón y Cajal.

112 . Getafe, La Princesa, Leganés, Móstoles, El Escorial, Alcalá de Henares, todos afectados por la apertura de los privados de Parla, Coslada, Rey Juan Carlos-Móstoles, Majadahonda, Villalba, Torrejón, en su ámbito geográfico.

113 . Llamamos "privados puros" a los centros privados que parasitan la sanidad pública, fundamentalmente a través de las derivaciones de procesos e intervenciones rentables, por ejemplo Ruber, los de las diferentes órdenes religiosas, etc.

114 . http://www.cercleinfraestructures.cat/wp-content/uploads/2013/11/090206_Guemes_Sanidad.pdf

115 . "El apoyo de CC OO a la privatización de la sanidad" (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=documentos&id=118&limit=70&titulo=DOCUMENTOS).

116 . Las empresas ofrecieron 18.000 euros/año en incentivos, aparte de los sueldos, a los médicos que

pasaran a depender de ellas.

117 . Las peonadas son un sistema de reducción de lista de espera quirúrgica o diagnóstica, realizada por los propios profesionales del sector público, fuera de la jornada ordinaria, que es pagada aparte, suponiendo unos importantes ingresos mensuales. "¿Qué son las peonadas?" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/341-que-son-las-peonadas).

118 . Paulino Cubero: "A mí me gustan las EBAS, soy partidario. Estuve en Vic hace unos nueve años y visité el centro. Siempre me ha gustado y me sigue gustando el modelo en sí porque este era un poco el horizonte utópico hacia el que iba la AP en los noventa".

119 . "Dando voz a los profesionales. Percepciones sobre los 'nuevos modelos de gestión' de la sanidad", 2010 (disponible en http://www.casmadrid.org/docStatic/dando_voz_profesionales.pdf).

120 . SATSE, CC OO, AMYTS, CSIT, UGT, USAE, FRAVV, FADSP, Comité Profesional Médico, Comité Profesional de Enfermería, PSOE, IU y UPyD.

121 . Hasta 2037 o 2040, según la fecha de su adjudicación.

122 . http://www.publico.es/actualidad/primera-marea-blanca-del-ano.html

123 . En uno de los seis hospitales modelo PFI, grupos vecinales solicitaron en una asamblea de profesionales sanitarios que se incluyeran entre las reivindicaciones la derogación de la Ley 15/97 y el rescate del hospital y su pase a manos públicas, a lo que los trabajadores contestaron que no era prioritaria.

124 . Artículo 90 de la Ley General de Sanidad.

125 . Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

126 . Documento de Propuesta de resolución del conflicto sanitario enviado por el Comité Coordinador Profesional a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid el pasado 11/02/2013 (disponible en http://asociacionfacultativos.es/portfolio-masonry-4-column/).

127 . "Carta del Comité Coordinador Profesional a la Consejería de Sanidad proponiendo la introducción de la Gestión Clínica. Abril de 2013" (disponible en https://goo.gl/u4oSLh).

128 . En julio de 2012, la AECC y el Gobierno madrileño firmaron su contrato de "gestión de servicio público" para realizar "mamografías de cribado en instalaciones móviles" por 11,4 millones durante cuatro años. Posteriormente, la AECC ha firmado un contrato con Capio por el que esta entidad le donará un millón de euros a cambio de que le ceda el contrato y no vuelva a presentarse a la próxima convocatoria (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=noticias&id=3709&limit=&titulo=NOTICIAS).

129 . http://www.europapress.es/madrid/noticia-afem-celebra-fin-externalizacion-sanitaria-asi-poder-centrarse-mejorar-sanidad-publica-201404112 01324.html

130 . "La AP presenta un documento que cierra el conflicto con la CAM" (disponible en

http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2014-04-21/edicion-madrid/la-ap-presenta-un-documento-que-cierra-el-conflicto-con-la-cam/pagina.aspx?idart=830688).

131 . http://politica.elpais.com/politica/2015/05/05/actualidad/1430827755_958737.html

132 . "La privatización de las citas médicas, además de los problemas que cause a los usuarios, tiene gato encerrado" (disponible en http://www.casmadrid.org/docStatic/privatizaci%C3%B3n_citas_gato_encerrado.pdf).

133 . Guía del paciente para evitar ser derivado a un centro privado.

134 . "¿Es lícito pagar 25.000 € por un medicamento cuyo coste de producción no alcanza los 115 €?" (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=comunicados&id=127&limit=20&titulo=COMUNICADOS).

135 . Con posterioridad, en julio de 2015 se publica en el BOE una nueva Ley de Patentes. Ley 24/2015, de 24 de julio, de Patentes (disponible en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/557153-l-24-2015-de-24-jul-de-patentes.html#a90).

136 . Artículo 90 Ley de Patentes: "… cuando la iniciación, el incremento o la generalización de la explotación del invento, o la mejora de las condiciones en que tal explotación se realiza, sean de primordial importancia para la salud pública".

137 . Artículo 73 Ley de Patentes.

138 . El artículo 31 del acuerdo ADPIC de la OMC. El Acuerdo de Doha sobre Propiedad Intelectual y Salud Pública (de la Organización Mundial del Comercio) autoriza a limitar los derechos de propiedad intelectual en caso de necesidad de salud pública.

139 . "Sobre la problemática derivada de la falta de acceso a fármacos para la hepatitis C", marzo de 2015 (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=comunicados&id=131&limit=&titulo=COMUNICADOS).

140 . "Por una política del medicamento al servicio la salud de las personas, no de las multinacionales" (disponible en https://laprivatizacionmata.wordpress.com/ 2014/02/04/6-por-una-politica-del-medicamento-al-servicio-la-salud-de -las-personas-no-de-las-multinacionales/).

141 . "Hepatitis C: 1.500 millones de € que podían haber sido 12 millones de €" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/530-hepa__titis-c-1-500-millones-de-que-podian-haber-sido-120-millones-de).

142 . "La temporalidad (precariedad) reina en el SEMAS" (disponible en http://www.sasmadrid.org/index.php/comunicados/476-la-temporalidad-precariedad-reina-en-el-sermas).

143 . "Increíble: el PSOE pide rescatar un hospital privado que ellos mismos contribuyeron a abrir" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/220-increible-el-psoe-pide-

rescatar-un-hospital-privado-que-ellos-mismos-contribuyeron-a-abrir).

144 . Acuerdo de Buen Gobierno y buena gestión pública en los centros sanitarios.

145 . "Acuerdo para 'despolitizar la gestión sanitaria': más de lo mismo, pero ahora todos los políticos de acuerdo (disponible en http://www.casmadrid.org/in dex.php/comunicados/254-2015-11-02-acuerdo-para-despolitizar-la-gestion-sanitaria-mas-de-lo-mismo-pero-ahora-todos-los-politicos-de-acuerdo-note).

146 . "PSOE, Podemos y Ciudadanos han alcanzado un acuerdo en la Asamblea para descentralizar la Atención Primaria" (disponible en http://www.redaccionme dica.com/autonomias/madrid/madrid-dara-mas-poder-de-gestion-a-primaria-sin-derogar-el-area-unica-91798).

147 . "Descentralización de la atención primaria: ningún cambio real para pacientes y trabajadores" (disponible en http://casmadrid.org/index.php/comunicados/294-descentralizacion-de-la-atencion-primaria-ningun-cambio-real-para-pacientes-y-trabajadores).

148 . "PSOE, Ciudadanos y Podemos votan no renovar la privatización de las citas médicas" (disponible en http://casmadrid.org/index.php/noticias/310-2016-01-22-madrid-psoe-ciudadanos-y-podemos-votan-no-renovar-la-privatizacion-de-las-citas-medicas).

"¿Se recuperará algún día el call center?" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/430-se-recuperara-algun-dia-el-call-center).

"Como advirtió CAS, las citas médicas seguirán privatizadas" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/noticias/450-2016-06-13-como-advirtio-cas-las-citas-medicas-seguiran-privatizadas).

149 . "¿Incentivos perversos y anestesistas multipacientes en los hospitales privados de Madrid?" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/437-incentivos-perversos-y-anestesistas-multipacientes-en-los-hospitales-privados-de-madrid).

150 . "El fiscal acusa a 12 médicos del Gregorio Marañón de malversación" (disponible en http://politica.elpais.com/politica/2015/07/10/actualidad/143653 2386 144213.html).

151 . "Parasitando lo público: negocian con las biopsias de los pacientes" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/noticias/473-2016-07-25-parasitando-lo-publico-negocian-con-las-biopsias-de-los-pacientes).

152 . Datos Globales. Lista de espera quirúrgica. Servicio Madrileño de Salud (disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142648802665&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA pintarContenidoFinal&vest=1142644974506).

153 . "Madrid: empeoran los datos de la lista de espera quirúrgica" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/noticias/161-2015-09-02-madrid-empeoran-los-datos-de-la-lista-de-espera-quirurgica).

154 . "Como advirtió CAS, las citas médicas seguirán privatizadas" (disponible en

http://www.casmadrid.org/index.php/noticias/450-2016-06-13-como-advirtio-cas-las-citas-medicas-seguiran-privatizadas).

155 . Acuerdo del 15 de noviembre de 2016, del Consejo de Gobierno de la CAM, por el que se extiende la privatización del citado servicio tres años más, hasta 2018, por 13,7 millones de euros.

156 . Torrejón, 2.127millones; Móstoles Rey Juan Carlos, 2.900 millones; Villalba, 1.817millones; Valdemoro, 720 millones.

157 . "Los mercados relacionales consisten en la gestión de redes de actores institucionales y no institucionales en base a relaciones bi y multilaterales de confianza a largo plazo y de poder, colaboración y dependencia mutua".

158 . Editado parcialmente en papel por Icaria con el título *Cómo comercian con tu salud*, en septiembre de 2014.

159 . "El sistema de evaluación/incentivación es la causa principal de abandono de la Gestión Clínica" (disponible en http://www.actasanitaria.com/el-sistema-de-evaluacion-incentivacion-es-la-causa-principal-de-abandono-de-la-gestion-clinica/).

160 . Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

161 . Decreto 66/2009, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del SESPA.

162 . "Sobre los modelos de gestión privada en atención primaria" (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=documentos&id=51&limit=&titulo=DOCUMENTOS).

163 . País Vasco y Castilla y León han sido los últimos en apuntarse a su extensión. "Gestión clínica o como comprar el silencio de los profesionales" (disponible en http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/481-gestion-clinica-o-como-comprar-el-silencio-de-los-profesionales).

164 . Formado por el sindicato médico AFEM, jefes de servicio, directores de centros de salud, coordinadores de los planes estratégicos y Colegio de Médicos.

165 . Acuerdo para un proyecto de reforma del sistema público en la Comunidad de Madrid y carta a la Consejería de 1 de abril de 2013, de salida del conflicto.

166 . "… los sindicatos de la Mesa Sectorial y el Comité Coordinador Profesional, que agrupa a diversos colectivos profesionales, han presentado propuestas alternativas en los primeros contactos con la Consejería de Sanidad para tratar de reducir 533 millones del presupuesto. En el caso de los sindicatos, la propuesta remitida suponía a su juicio un ahorro de 510 millones de euros, 23 menos que los propuestos por Sanidad, mientras que el Comité Coordinador Profesional elevaba su ajuste a más de 1.100 millones de euros" (disponible en http://www.rtve.es/noticias/20130107/marea-blanca-con-tra-ley-externaliza-hospitales-recorre-centro-madrid/596782.shtml).

167 . Julián Ezquerra, secretario general del sindicato médico de Madrid: "… si nosotros asumimos el mando del sistema, sabrán apreciar que se hará por y para ellos, pues siempre hemos demostrado que los médicos tenemos una vocación de servicio difícilmente superable". "El futuro del SNS pasa por la incorporación masiva de los profesionales a la autogestión" (disponible en http://www.goo.gl/d7qXDB).

168 . 13.000 euros/año para los directores de unidad y de 7.000 euros/año para los facultativos.

169 . "Es del ahorro económico generado de donde proceden los incentivos. Es decir, el SESPA nunca gasta de más" (disponible en http://www.gestionclini-ca.info/pyr.htm).

170 . "Médicos públicos ganan 1,5 millones al vender adjudicaciones sanitarias" (disponible en http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/05/15/catalunya/14633457 60_421932.html?id_externo_rsoc=FB_CM).

171 . Código Deontológico, apartado 3 del artículo 45, 5: "El médico no puede aceptar una remuneración fundada en normas de productividad, de rendimiento horario o cualquier otra disposición que atente objetivamente contra la calidad de su asistencia."

172 . Sección 10 (Trabajo en las Instituciones Sanitarias). Artículo 45:

2. "El médico pondrá en conocimiento de la dirección del centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su Colegio, y en última instancia a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios."
3. "Es muy recomendable que el médico se implique en los órganos de gobierno y funcionamiento del centro sanitario para promover, además de la mejora continua en la calidad asistencial, una adecuada defensa de los valores del enfermo y del médico en las instituciones sanitarias."

173 . En 2010 el número de presentaciones incluidas en el Sistema Nacional de Salud dispensables en oficina de farmacia era de 10.000 (disponible en http://www.portalfarma.com/Carga/INF.%20ESTAD%C3%8DSTICA/INFORMACI%C3%93N%20ESTAD%C3%8DSTICA/ESTAD%C3%8DSTI-CAS%20SANITARIAS/estadisticas_sanitarias.pdf).

174 . "La Junta de Andalucía penaliza a los médicos que superen cupos de derivaciones al especialista" (disponible en http://www.publico.es/sociedad/junta-andalucia-penaliza-medicos-superen.html?force=1).

175 . Ídem.

176 . Nueva guía de IT por proceso (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=noticias&id=5257&limit=&titulo=NOTICIAS).

177 . Resolución SA 0077/12 (disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hmotril/paginas/participacion_ciudadana/resolucion_77-12.pdf).

178 . “Los incentivos económicos en sanidad son perjudiciales para la salud” (disponible en http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=comunicados&id=117&limit=&titulo=COMUNICADOS).

179 . “Hacer morir de hambre a la bestia” (a los gobiernos federales que financiaban programas sociales) es una estrategia política empleada por los conservadores estadounidenses con el fin de limitar el gasto público mediante la reducción de los impuestos con el fin de privar de los ingresos que pudieran financiar estos programas.

180 . Estructuras sanitarias existentes en las zonas rurales, que básicamente son equiparables, en el Estado español, a los hospitales comarcales.

181 . De estos, muchos pueden funcionar en otros niveles de intervención, como sucede, por ejemplo, con los centros de salud mental.

182 . Defensor del Ciudadano, Informe especial (2007) y conclusiones (2004) (disponible en http://www.synigoros.gr) (en griego).

183 . Grecia no ha informado a los organismos competentes de la comisión de la Unión Europea desde 2008.

184 . En 2011 se señaló un repunte en el uso de antidepresivos de un 34,8% con respecto a 2006; en 2013, aumentaron en Grecia en un 50% desde 2009 los episodios depresivos; entre 2009 y 2011, aumentaron los índices de ingreso involuntario en el Hospital Psiquiátrico de Atenas en un 60%. S. Stylianidis,*Temas de psiquiatría social y comunitaria modernas*, Atenas, Topos, 2014 (en griego).

185 . Teniendo en cuenta el entorno del paciente, el acceso a los servicios de salud mental, las oportunidades de reinserción, la lucha contra el estigma social, etc.

186 . Se aplicó en 31 ciudades con 218,6 millones de euros de la UE.

187 . Parte del Hospital de Petra Olimbu, 2004; Hospital de Janiá, 2006; Hospital de Corfú y Hospital de Psiquiátrico Infantil del Ática, 2007.

188 . Acuerdo entre el Comisario de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Vladimir Spidla, y el ministro de Sanidad y Solidaridad Social, D. Avramópulos (disponible en http://www.coe.int/t/commissioner/source/NAP/Greece-National-Action-Plan-on-Human-Rights.pdf).

189 . Las autoridades griegas se comprometieron a contratar a 100 médicos y otros 800 profesionales de la salud mental y a iniciar el proceso de licitaciones para cuantos puestos de trabajo se considerasen necesarios.

190 . Memoria de colaboración del comisario de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, Lanzio Andor, y el ministro de Salud, A. Licurentsos (disponible en http://www.eaadhsy.gr/images/apofaseis/2014_98.pdf).

191 . Janiá, Petra Olimbu, Corfú, Trípoli y Daú Pendelis.

192 . Por ejemplo, en el Hospital Psiquiátrico del Ática cada año ingresan 2.500 casos, se atienden otros 26.000 en solo dos centros de salud mental, mientras que en las consultas externas se hace el seguimiento de 12.000 personas.

193 . "Informe de evaluación durante la ejecución del Plan Nacional de Acción 'Psijargós'" (mayo de 2012).

194 . "El escándalo 'Psijargós' en la culminación del memorando: Privatización de la salud mental y empobrecimiento de los pacientes mentales" (disponible en http://www.selfhelp.gr/el/press-releases-el/188-psychargos-scandal-el.html).

195 . Hospital Psiquiátrico del Ática "Dafní", Dromocaítio y Hospital Psiquiátrico de Salónica.

196 . http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/item/335501-pagkosmia-imera-psyxikis-ygeias---anagki-na-oloklirothei-i-psyxiatriki-metarrythmisi#ixzz4C4YMIS5g

197 . BOE. Υ5β/Γ.Π. 46769 del 3/5/2012

198 . http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/item/335501-pagkosmia-imera-psyxikis-ygeias---anagki-na-oloklirothei-i-psyxiatriki-metarrythmisi#ixzz4C4YMIS5g

199 . "Un año de SYRIZA en el gobierno-Las demandas de los trabajadores siguen en el aire" (disponible en http://psi-action.blogspot.gr/2016/01/blog-post.html).

200 . http://www.opengov.gr/yyka/?p=1717

201 . Hasta 100.000 habitantes según la experiencia internacional y los modelos vigentes.

202 . http://www.opengov.gr/yyka/?p=1717

203 . POEDHN (Federación Panhelénica de Trabajadores de Hospitales Públicos), "No permitiremos el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos" (disponible en http://www.poedhn.gr/).

204 . El 55% de internamientos es involuntario.